

Estrategia de **diabetes**
de la Comunitat Valenciana
2017 - 2021



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA

Estrategia de Diabetes de la Comunitat Valenciana 2017-2021

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

©de la presente edición: Generalitat. 2017

© de los textos: los autores y autoras

1ª edición. Edición online

Grupo Coordinador:

Francisco José Pomares Gómez

Coordinador del Plan para la Asistencia Integral al Paciente Diabético

Fernando de la Torre Albert

Presidente de la Federación de Diabéticos de la Comunidad Valenciana (FEDICOVA)

Carlos Morillas Ariño

Presidente de la Sociedad Valenciana de Endocrinología, Diabetes y Nutrición (SVEDYN)

Jorge Navarro Pérez

Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria (SVMFYC)

Vicente Gasull Molinera

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria - Comunidad Valenciana (SEMERGEN)

Asunción Iturralde Lloret

Sociedad Española de Medicina General (SEMG)

Maite Penalba Martínez

Asociación Valenciana de Educadores de Diabetes (AVED)

Elena García Cuevas

Asociación de Enfermería Comunitaria- Comunidad Valenciana (AEC)

Comité técnico línea estratégica 1. Prevención.

Carlos Morillas Ariño (Coordinador)

Médico especialista en Endocrinología y Nutrición
S. de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Dr
Peset. València
Profesor Asociado de Medicina. Universidad de València
Presidente SVEDYN

José Vicente Sorlí Guerola (Coordinador)

Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria
GdT SVMFiC Diabetes y Nutrición. Dpto. Medicina
Preventiva y Salud Pública, Universitat de València CIBER
Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición

Rosario Isabel Lorente Calvo

Médica especialista en Endocrinología y Nutrición
Servicio de Endocrinología y Nutrición
Hospital Clínico Universitario de València
SVEDYN

Carolina Mir Sánchez

Médica especialista en Medicina de Familia y Comunitaria
Centro de Salud Fuensanta-Barrio de la Luz, Departamento
Salud Valencia - Hospital General
Coordinadora del GdT Atención al Mayor de la SVMFiC
Miembro del GdT Atención al Mayor de la SEMFYC
Miembro del GdT Nuevas Tecnologías y del PACAP de la
SVMFiC

Tomás Fuster Bellido

Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria
CS Gandia-Beniopa- Gandia
SEMERGEN

Joan Quiles i Izquierdo

Doctor en Medicina.
Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública. Generalitat

Francisca Cortón Tarazona

Enfermera de Atención Primaria. Educación en Diabetes.
Centro de Salud Nápoles y Sicilia. València
AEC

Roberto García Ibeas

Dirección General de Política Educativa, Conselleria de
Educación, Investigación, Cultura y Deporte

María del Pilar Fernández Arenque

Vicepresidenta de la Asociación de Diabéticos de Elda y
Comarca.
FEDICOVA

Pilar Codoñer Franch

Especialista en Pediatría
Jefa de Pediatría. Hospital Universitario Dr Peset. València

Nieves Lillo Herranz

Ayuntamiento de Elche

Concha Aguilar Durán

Asociación Valenciana de Diabetes

Roland Garroz Borelly

Dietista **Nutricionista.**
Junta Directiva de CODiNuCoVa
Coordinador Provincial de Alicante del CODiNuCoVa

Nadia San Onofre Bernat

Dietista **Nutricionista.**
Coordinadora Provincial de Castellón del CODiNuCoVa

Comité técnico línea estratégica 2. Diagnóstico precoz.

Nieves Blasco Lafarga (Coordinadora)

Médica especialista en Medicina de Familia y Comunitaria
C.S. Sedaví. Sedaví
GdT SVMFiC Diabetes y Nutrición

Emilio Flores Pardo (Coordinador)

Farmacéutico. Servicio de Análisis Clínicos. Hospital
Universitario Sant Joan d'Alacant
Profesor Asociado Facultad de Medicina. Universidad
Miguel Hernández

Juan Francisco Ascaso Gimilio

Médico especialista en Endocrinología y Nutrición
Jefe de Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital
Clínico Universitario de València.
Catedrático Universidad de València.
SVEDYN

Carlos Sánchez Juan

Médico especialista en Endocrinología y Nutrición
Jefe de S. Endocrinología y Nutrición. Hospital General
Universitario de València.
SVEDYN

Joan Quiles i Izquierdo

Doctor en Medicina.
Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública.

Inmaculada Navarro García

Enfermera educadora de diabetes. Hospital de Llíria
AEC

Abigail Romas Sánchez

FEDICOVA

Javier Montoro Martí

Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria
C.S. Guillem de Castro. València
SEMERGEN

Héctor M^a Galapero Borda

Asociación Valenciana de Diabetes

**Comité técnico línea estratégica 3.
Proceso asistencial integrado diabetes
mellitus.**

Subcomité de adultos:

Francisco José Ponce Lorenzo (Consultor)

Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria
CS Armada Española, Elda
SVMFYC

Concepción Fernández Planelles (Consultora)

Médica especialista en Medicina de Familia y Comunitaria
Directora Médica de Atención Primaria. Hospital General
Universitario de Elda

Carlos Pardo Ruiz (Coordinador)

Médico Especialista en Endocrinología y Nutrición
Coordinador Unidad de Diabetes
S. de Endocrinología y Nutrición. Hospital Virgen de los
Lirios. Alcoy
SVEDYN

Santiago Gras Balaguer (Coordinador)

Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria
C.S. Cariñena. Villarreal
GdT SVMFiC Diabetes y Nutrición.

Oscar Moreno Pérez (Coordinador)

Médico Especialista en Endocrinología y Nutrición.
Coordinador Unidad de Diabetes
S. de Endocrinología y Nutrición. Hospital General
Universitario de Alicante
Profesor Asociado Facultad de Medicina. Universidad
Miguel Hernández
SVEDYN

Manuel Cercós Aparisi (Coordinador)

Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria
C.S. Montroy. Montroy
SEMERGEN

Evangelina Boix Carreño

Médica especialista en Endocrinología y Nutrición
Coordinadora Unidad de Diabetes
S. de Endocrinología y Nutrición. Hospital General
Universitario de Elche
SVEDYN

Francisco Javier Sanz Gallur

Médico especialista en Endocrinología y Nutrición
Coordinador Unidad de Diabetes
Endocrinología y Nutrición. Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva
SVEDYN

José Vicente Sorlí Guerola'

Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria
GdT SVMFiC Diabetes y Nutrición. Dpto. Medicina
Preventiva y Salud Pública, Universitat de València CIBER
Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición

Carlos Morillas Ariño

Médico especialista en Endocrinología y Nutrición
S. de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Dr
Peset. València
Profesor Asociado de Medicina. Universidad de València
Presidente SVEDYN

Eva Laparra Magdalena

Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
C. S. de Benimamet. Departamento València- Hospital
Arnau de Vilanova
GdT SVMFiC Diabetes y Nutrición

Amparo Bartual Rodrigo

Médica especialista en Endocrinología y Nutrición
S. Endocrinología y Nutrición. Hospital General
Universitario de València
SVEDYN

María Antonia Pérez Lázaro

Médica Especialista en Endocrinología y Nutrición
Coordinadora Unidad de Referencia de Diabetes
S. de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario y
Politécnico de la Fe de València
SVEDYN

María Dolores Miralles Enrique

Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
C.S. Cariñena de Villarreal
SEMG

Inmaculada Navarro Hidalgo

Médica especialista en Endocrinología y Nutrición
Coordinadora Unidad de Diabetes
Endocrinología y Nutrición. Hospital de Manises
SVEDYN

Francisco Javier Ramada Benlloch

Médico especialista en Urología
Urología. Hospital General Universitario de Valencia
Asociación de Urología de la Comunidad Valenciana

Paolo Rossetti

Médico especialista en Endocrinología y Nutrición
S. de Endocrinología y Nutrición. Hospital Francesc de
Borja. Gandía
SVEDYN

Sol Navas De Solís

Médica especialista en Endocrinología y Nutrición
S. de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario y
Politécnico La Fe de València
SVEDYN

Javier Montoro Martí

Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria
C.S. Guillem de Castro. València
SEMERGEN

Carmen Fajardo Montañana

Médica especialista en Endocrinología y Nutrición
Coordinadora de la Unidad de Diabetes

Jefa de Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de La Ribera, Alzira SVEDYN

Juan Puig Larrosa

Médico adjunto S. de Urgencias. Hospital Marina Baixa de Villajoyosa
Sociedad Española de Medicina de Urgencias -Comunidad Valenciana (SEMES)

José Antonio Arenas Blanca

Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria
C.S. de Aspe. Aspe
SVMFIC

Marco Lema Lucas

Médico adjunto S. de Urgencias. Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant
Sociedad Española de Medicina de Urgencias -Comunidad Valenciana (SEMES)

Angel Merchante Alfaro

Médico especialista en Endocrinología y Nutrición
Jefe de Sección de Endocrinología. Hospital General Universitario de Castellón
SVEDYN

Juan José Tamarit García

Médico especialista en Medicina interna
S. de Medicina Interna. Hospital General Universitario de València
Sociedad Valenciana de Hipertensión y Riesgo Vascular

Marisa Gómez Arnedo

Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
CS Serrería 2, València.
GdT SVMFIC Diabetes y Nutrición

Vicente Giner Galvañ

Médico Especialista en Medicina Interna.
Jefe de Servicio de Medicina Interna. Hospital Mare de Déu dels LLiris. Alcoi
Sociedad de Medicina Interna de la Comunidad Valenciana

Sandra Ferrer Rex

Psicóloga
Asociación de Diabetes Orihuela y Comarca de la Vega Baja FEDICOVA

Óscar López González

Psicólogo
Unidad de Salud Mental Torreveja. Hospital Universitario de Torreveja

Carlos R. Argente Villaplana

Médico especialista en Endocrinología y Nutrición
Coordinador Unidad de Diabetes
S. de Endocrinología y Nutrición. Hospital Marina Baixa
SVEDYN

Manuel Antonio Ruiz Quintero

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Centro de Salud Agost
GdT SVMFIC Diabetes y Nutrición

Cristina Verdejo Gimeno

Médica especialista en Oftalmología
S. de Oftalmología. Hospital Universitario Doctor Peset de València

Eva Solá Izquierdo

Médica especialista en Endocrinología y Nutrición
Coordinadora de la Unidad de Referencia de Diabetes
S. de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Doctor Peset de València
Profesora asociada de Medicina, Facultad de Medicina
Universidad de València
SVEDYN

Francisco Javier Ampudia Blasco

Médico especialista en Endocrinología y Nutrición
Coordinador de la Unidad de Referencia de Diabetes
S. de Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínico Universitario de València
Profesor Asociado de Medicina, Facultad de Medicina,
Universidad de València
SVEDYN

Juan Francisco Merino Torres

Médico especialista en Endocrinología y Nutrición
Jefe de Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. València
SVEDYN

Antonio Hernández Mijares

Médico especialista en Endocrinología y Nutrición
Jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Doctor Peset de València
SVEDYN

Nicolás López Hernández

Médico Especialista en Neurología
S. de Neurología. Hospital General. Universitario de Alicante

Encarnación Ibor Martínez

Médico Familia
C.S. Bilbao-Trinitat de València.
SEMERGEN

José Ignacio Fernández Navarro

Médico especialista en Endocrinología y Nutrición
S. de Endocrinología y Nutrición. Hospital Arnau de Vilanova de València
SVEDYN

Sandra Martínez Fuster

Médica especialista en Endocrinología y Nutrición
S. de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario de Elda
SVEDYN

Francisco Carbonell Franco

Médico de Atención Primaria,
C.S. Mislata, València
SEMERGEN

J. Ignacio Blanes Mompó

Médico especialista Angiología y Cirugía Vascular

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital General Universitario de València

Ruth Sánchez Ortega

Médica Especialista en Endocrinología y Nutrición
S. de Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario de Alicante
SVEDYN

Jose María Valero Marco

Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria
C.S. San Fermín, Elche
SVMFYC

Carmina Díaz Marín

Médica especialista en Neurología.
Jefa de Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante

Paz Ortega Ruiz

Médica especialista en Medicina de Familia y Comunitaria
C.S.I. Gerona. Alicante
SVMFYC

Esther Chicharro Luna

Podóloga.
Vicedecana de Grado. Universidad Miguel Hernández, Alicante

Miguel Angel Arnau Vives

Médico especialista en Cardiología
S. de Cardiología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. València

José Luis Górriz Teruel

Médico especialista en Nefrología
Jefe de Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Doctor Peset de València

María Teresa Pedro Font

Médica especialista en Endocrinología y Nutrición
Endocrinología y Nutrición. Hospital Marina Alta. Denia
SVEDYN

Miguel Civera Andrés

Médico especialista en Endocrinología y Nutrición
S. de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de València
SVEDYN

Juan Carlos Ferrer García

Médico especialista en Endocrinología y Nutrición
Coordinador Unidad de Diabetes
S. de Endocrinología y Nutrición. Consorcio Hospital General Universitario de València
SVEDYN

José Luis Pardo Franco

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
C. S. Orihuela I
GdT SVMFiC Diabetes y Nutrición

Asunción Iturralde Lloret

Médica Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria
CS. Padre Jofré. València

Presidenta SEMG

Javier Serra Pérez

FEDICOVA

Ignacio Ramos Casamayor

Médico Especialista en endocrinología y Nutrición
Coordinador Unidad de Diabetes
Unidad de Endocrinología y Nutrición. Hospital de Requena
SVEDYN

Nieves Blasco Lafarga

Médica especialista en Medicina de Familia y Comunitaria
C.S. Sedaví. Sedaví
GdT SVMFiC Diabetes y Nutrición

Emilio Flores Pardo

Farmacéutico. Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant
Profesor Asociado Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández

Héctor M^a Galapero Borda

Asociación Valenciana de Diabetes

Subcomité de Pediatría:

Andrés Mingorance Delgado (Coordinador)

Médico especialista en Pediatría y áreas específicas.
Unidad de Endocrinología y Diabetes Pediátrica
Hospital General Universitario de Alicante

Francisca Moreno Macián (Coordinadora)

Médica especialista en Pediatría
Jefa del Servicio de Pediatría. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. València

Farah Mora Payá

FEDICOVA

Miguel Angel Fuentes Castelló

Médico especialista en Pediatría
S. de Pediatría. Hospital General Universitario de Elche

José Juan Alcón Sáez

Médico especialista en Pediatría
S. de Pediatría. Hospital General Universitario de València

Elena Gastaldo Simeón

Médica especialista en Pediatría
S. de Pediatría. Hospital Universitario de La Ribera, Alzira

Mila Ardid Encinar

Médica Especialista en Pediatría
Unidad de diabetes pediátrica. Hospital La Plana. Villareal

Lidia Blasco González

Médica Especialista en Pediatría
S. de Pediatría. Hospital de Sagunto

Fernando Calvo Rigual

Médico especialista en Pediatria
Jefe de Servicio de Pediatria. Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva

Sandra Ferrer Rex

Psicóloga
Asociación de Diabetes Orihuela y Comarca de la Vega Baja FEDICOVA

Héctor M^a Galapero Borda

Asociación Valenciana de Diabetes

Subcomité de educación terapéutica en diabetes:

Fernando Lucas Gómez (Coordinador)

Enfermero educador de diabetes
Hospital General Universitario de Alicante
AVED

Mari Carmen Rodríguez Fernández (Coordinadora)

Enfermera educadora de diabetes
C.S. Campoamor. Alicante

María Asunción Zaragoza Ramón

Enfermera educadora de diabetes
Hospital Vinalopó Elche-Crevillente
AVED

Manuel Alberola Chazarra

Enfermero educador de diabetes
Hospital General Universitario de Elche

Pilar Ortí

Enfermera educadora de diabetes
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. València

Maite Penalba Martínez

Enfermera educadora de diabetes
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. València
Presidenta de la Asociación Valenciana de Educadores en Diabetes (AVED)

María Teresa Marí Herrero

Enfermera Experta en Diabetes y Educación Terapéutica
Educadora de Diabetes. Hospital La Plana, Villareal
FEDICOVA. AVED

María Dolores Espinosa Pérez

Enfermera educadora de diabetes
Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant
AVED

Ana María Monteagudo López

Enfermera educadora de diabetes
Hospital General Universitario de Elda
AVED

Dolores Abellán Ballesteros

Enfermera educadora de diabetes
Hospital Universitario Dr. Peset de València
AVED

Fernando Fernández Candela

Enfermero educador de diabetes
Hospital General Universitario de Elche

Inmaculada Navarro García

Enfermera educadora de diabetes
Hospital de Llíria
AEC

Loreto Cruz Bonmatí

Enfermera educadora de diabetes
C.S. Juan XXIII. Alicante
AEC

Héctor M^a Galapero Borda

Asociación Valenciana de Diabetes

Comité técnico línea estratégica 4. Diabetes y gestación.

Susana Tenés Rodrigo (Coordinadora)

Médica especialista en Endocrinología y Nutrición
S. Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario y Politécnico la Fe de València.
SVEDYN

Mercedes Tolosa Torrens (Coordinadora)

Médica especialista en Endocrinología y Nutrición
S. Endocrinología y Nutrición. Consorcio Hospital General Universitario de València.
SVEDYN

Marisa Gómez Arnedo

Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
CS Serrería 2, València.
GdT SVMFIC Diabetes y Nutrición

Begoña Pellicer Iborra

Médica especialista en Obstetricia y Ginecología.
S. Obstetricia y Ginecología. Consorcio Hospital General Universitario de València
Miembro del Grupo de Trabajo de Perinatología de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Comunidad Valenciana (SOGCV)

Silvia M^a Roig Boronat

Médica especialista en Obstetricia y Ginecología.
S. de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe de València

Gracia Barrué Broch

Jefatura de Secció de Salut Perinatal
Servici de Promoció i Prevenció en les Etapes de la Vida

Subdirecció General de Promoció i Prevenció,
Direcció General de Salut Pública

Anabel Martí Colomer

Enfermera educadora de diabetes
Hospital Clínico Universitario de Valencia y Centro
Especialidades Grao. València
AVED

Ana María Gómez Sanz

Enfermera Educadora de la Unidad de Diabetes del
Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva
AVED

Dolores Serrano Raya

Enfermera Especialista en Obstetricia y ginecología
(Matrona) Centro de Salud de Godella (Valencia)
AEC

Carmen Olcina Anaya

Matrona
Presidenta de la Associació de Comares de la Comunitat
Valenciana

Natividad Pons Fernández

Médica especialista en Pediatría.
Endocrinología pediátrica y maternidad. Hospital Lluís
Alcanyís de Xàtiva. Valencia.
Miembro SEEP (Sociedad Española Endocrinología
Pediátrica)
Responsable acreditación IHAN (Iniciativa para la
humanización nacimiento y lactancia) hospital.

Encarnación Sánchez Luis

Asociación de Diabéticos de Orihuela y Comarca
FEDICOVA

Concha Aguilar Durán

Asociación Valenciana de Diabetes

**Comité técnico línea estratégica 5.
Optimización y nuevas tecnologías.**

Eva Solá Izquierdo (Coordinadora)

Médica especialista en Endocrinología y Nutrición
Coordinadora de la Unidad de Referencia de Diabetes
S. Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Doctor
Pezet de València
Profesora asociada de Medicina, Facultad de Medicina
Universidad de València
SVEDYN

José Daniel Royo Sanchis (Coordinador)

Licenciado en Psicología
Hospital Universitario y Politécnico la Fe de València
Sociedad Española Diabetes, Grupo de trabajo Diabetes 2.0

Andrés Mingorance Delgado

Médico especialista en Pediatría y áreas específicas.
Unidad de Endocrinología y Diabetes Pediátrica
Hospital General Universitario de Alicante

Francisco Javier Ampudia Blasco

Médico especialista en Endocrinología y Nutrición
Coordinador de la Unidad de Referencia de Diabetes
S. de Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínico
Universitario de València
Profesor Asociado de Medicina, Facultad de Medicina,
Universidad de València
SVEDYN

Maite Penalba Martínez

Diplomada Enfermera
Educatrice de Diabetes. S. de Endocrinología y Nutrición.
Hospital Universitari i Politècnic La Fe, València
Presidenta de la Asociación Valenciana de Educadores en
Diabetes (AVED)

Joaquín Casado González

SEMERGEN

María Isabel Gabaldón Sánchez

Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud de Almàssera. Departamento Clínico - La
Malvarrosa
GdT SVMFiC Diabetes y Nutrición

Pablo Abellán Galiana

Médico especialista en Endocrinología y Nutrición
Coordinador de la Unidad de Diabetes.
S. de Endocrinología y Nutrición. Hospital General
Universitario de Castellón
Vocal de la Sociedad Española de Diabetes. SVEDYN

Teresa Barberá González

Licenciada en Farmacia.
Servicio de Prestación Farmacéutica y Dietoterapéutica.
Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

Héctor M^a Galapero Borda

Asociación Valenciana de Diabetes

José Manuel Miralles Sarrion

Presidente Unión Diabéticos Alicante
FEDICOVA

Carolina Mir Sánchez

Médica especialista en Medicina de Familia y Comunitaria
Centro de Salud Fuensanta-Barrio de la Luz, Departamento
Salud Valencia - Hospital General
Coordinadora del GdT Atención al Mayor de la SVMFiC
Miembro del GdT Atención al Mayor de la SEMFYC
Miembro del GdT Nuevas Tecnologías y del PACAP de la
SVMFiC

**Subcomité de posicionamiento
terapéutico**

*(Designaciones por las sociedades científicas
con la mediación del Instituto Médico
Valenciano)*

Javier Ena Muñoz

Sociedad Española de Medicina Interna

Vicente Gasull Molinera

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria

Juan Girbés Borrás

Sociedad Valenciana de Endocrinología, Diabetes y Nutrición

Asunción Iturralde Lloret

Sociedad Española de Medicina General

Roberto Izquierdo María

Sociedad Valenciana de Farmacéuticos de Atención Primaria

Carlos Morillas Ariño

Sociedad Valenciana de Endocrinología, Diabetes y Nutrición

Jorge Navarro Pérez

Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria

Francisco José Pomares Gómez

Coordinador del Plan para la Asistencia Integral al Paciente Diabético en la Comunidad Valenciana

Edelmiro Sebastián Arrando

Federación de Asociaciones de Inspección de Servicios Sanitarios

Comité técnico línea estratégica 6.

Equidad en todos los niveles de actuación.

Rosa Casany Fernández (Coordinadora)

Médica especialista en Endocrinología y Nutrición. Unidad de Diabetes del Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva SVEDYN

María Teresa Marí Herrero (Coordinadora)

Enfermera Experta en Diabetes y Educación Terapéutica Educadora de Diabetes. Hospital La Plana, Villareal FEDICOVA. AVED

Remei Raga Marí

Médica especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. C.S. República Argentina. Dept. Clínic-Malvarrosa. GdT 3^{er} y 4^o mundo SVMFYC GdT de actividades comunitarias SVMFYC

Ariadna Cucó Alberola

Médica especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. C.S. La Fábrica. Alcoy GdT 3^{er} y 4^o mundo SVMFYC

Encarnación Ibor Martínez

Médica especialista en Medicina de Familia y Comunitaria C.S. Bilbao-Trinitat. València SEMERGEN

Isabel Mascarell Martínez

Médica especialista en Endocrinología y Nutrición. S. Endocrinología y Nutrición. H. Vega Baja. Orihuela SVEDYN

Dolores Sala Trejo

Jefa de Servicio de Promoción de la Salud y Prevención en el Entorno Sanitario Dirección General de Salud Pública

Eduardo Alonso Echabe

Director de Salud Pública Alicante

María Félix Rodríguez Camacho

Graduada en Terapia Ocupacional Experta en Intervención Comunitaria con Población gitana Responsable del área de Salud de FAGA Alicante Federación Autonómica de Asociaciones Gitanas de la Comunidad Valenciana (FAGA-CV)

Nieves Lillo Herranz

Ayuntamiento de Elche

Raquel Fuster Ribera

Trabajadora Social Hospital Universitario y Politécnico La Fe. València

Dolores Abellán Ballesteros

Enfermera Hospital Universitario Dr. Peset. València AVED

Mila Ardid Encinar

Médica Especialista en Pediatría. Unidad de diabetes pediátrica. Hospital La Plana. Villareal

Dolores Serrano Raya

Enfermera Especialista en Obstetricia y ginecología (Matrona) Centro de Salud de Godella (Valencia) AEC

Héctor M^a Galapero Borda

Asociación Valenciana de Diabetes

Comité técnico línea estratégica 7.

Formación e investigación.

Domingo Orozco Beltrán (Coordinador)

Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria C.S. Cabo Huertas. Alicante Responsable de la unidad de investigación del departamento de salud Alicante-Sant Joan d'Alacant Profesor asociado Facultad de medicina, Universidad Miguel Hernández GdT SVMFIC Diabetes y Nutrición

Juan Adrián Girbés Borrás (Coordinador)

Médico especialista en Endocrinología y Nutrición Coordinador de la Unidad de Diabetes Hospital Arnau de Vilanova. València SVEDYN

Concha Aguilar Durán

Asociación Valenciana de Diabetes

Francisco Simón Sáez Aledo

Asociación de Diabéticos de Elche y Comarca
FEDICOVA

Francisca Moreno Macián

Médica especialista en Pediatría
Jefa del Servicio de Pediatría. Hospital Universitario y
Politécnico La Fe. València

Vicente Gasull Molinera

Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria
C.S. Torrent II. Torrent
SEMERGEN

Antonio Hernández Mijares

Médico especialista en Endocrinología y Nutrición
Jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital
Universitario Doctor Peset de València
SVEDYN

Dolores Sala Trejo

Jefa de Servicio de Promoción de la Salud y Prevención en
el Entorno Sanitario
Dirección General de Salud Pública

Elena García Cuevas

Enfermera
Responsable de la Unidad de Formación. Hospital Arnau de
Vilanova. València. AEC

Pedro Sigler Vizcaíno

Cap del Servei de Formació del Professorat
Secretaria Autonòmica d'Educació i Investigació. Conselleria
de Educació, Investigació, Cultura i Esport

María José Colomina Villalba

Servei de Formació del Professorat
Secretaria Autonòmica d'Educació i Investigació. Conselleria
de Educació, Investigació, Cultura i Esport

Dolores Abellán Ballesteros

Enfermera
Hospital Universitario Dr. Peset. València
AVED

María Teresa Marí Herrero

Enfermera Experta en Diabetes y Educación Terapéutica
Educatora de Diabetes. Hospital La Plana, Villareal
FEDICOVA. AVED

Oficina técnica

Teresa Barberá González

Servicio de Prestación Farmacéutica y Dietoterapéutica,
Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios

Laia Buigues Pastor

Oficina de Farmacoeconomía. Subdirección de General de
Optimización e Integración Terapéutica, Dirección General
de Farmacia y Productos Sanitarios

Magda Puig Ferrer

Servicio de Prestación Farmacéutica y Dietoterapéutica,
Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios

Julia Calabuig Pérez

Jefa del Servicio Análisis de Sistemas de Información
Sanitaria. Subdirección General de evaluación de la Gestión
Asistencial. Dirección General de Asistencia Sanitaria

Mónica Escobar Daroca

Servicio Análisis de Sistemas de Información Sanitaria.
Subdirección General de evaluación de la Gestión
Asistencial. Dirección General de Asistencia Sanitaria

Laura Muñoz Aznar

Servicio Análisis de Sistemas de Información Sanitaria.
Subdirección General de evaluación de la Gestión
Asistencial. Dirección General de Asistencia Sanitaria

Ana Belda García

Servicio Análisis de Sistemas de Información Sanitaria.
Subdirección General de evaluación de la Gestión
Asistencial. Dirección General de Asistencia Sanitaria

Pilar Fuertes Izquierdo

Servicio Análisis de Sistemas de Información Sanitaria.
Subdirección General de evaluación de la Gestión
Asistencial. Dirección General de Asistencia Sanitaria

Enrique Bdo. Hevilla Cucarella

Servicio Análisis de Sistemas de Información Sanitaria.
Subdirección General de evaluación de la Gestión
Asistencial. Dirección General de Asistencia Sanitaria

INDICE

1.	Presentación	15
2.	Prólogo	17
3.	Resumen ejecutivo	19
4.	Introducción	24
5.	Justificación	26
6.	Proceso de elaboración de la estrategia	28
7.	La atención a la diabetes en la Comunitat Valenciana	30
7.1.	Antecedentes y evolución	30
7.2.	Análisis actual de la diabetes mellitus en la Comunitat Valenciana	31
7.2.1.	Datos poblacionales y epidemiológicos	31
7.2.2.	Atención a la diabetes	36
7.2.2.1.	Atención primaria	37
7.2.2.2.	Unidades de diabetes	38
7.2.2.3.	Unidades de referencia de diabetes	39
7.2.2.4.	Unidades funcionales integradas de diabetes	44
7.2.3.	Actividad Asistencial	46
7.2.4.	Análisis DAFO	55
8.	Misión, visión y valores	59
8.1.	Misión	59
8.2.	Visión	59
8.3.	Valores	59
9.	Líneas estratégicas, objetivos y acciones	62
9.1.	Línea estratégica 1: Prevención	62

9.2	Línea estratégica 2: Diagnóstico precoz	67
9.3	Línea estratégica 3: Proceso asistencial integrado diabetes mellitus	72
9.4	Línea estratégica 4: Diabetes y gestación	81
9.5	Línea estratégica 5: Optimización y nuevas tecnologías	84
9.6	Línea estratégica 6: Equidad en todos los niveles de actuación	87
9.7	Línea estratégica 7: Formación e investigación	92
10.	Oficina del plan para la asistencia integral al paciente diabético	96
11.	Implementación de la estrategia	100
12.	Priorización y cronograma	101
13.	Evaluación e indicadores	110
14.	Bibliografía	124
15.	Anexos	127
	Anexo 1 Asociaciones de personas con diabetes en la Comunidad Valenciana	127
	Anexo 2 Legislación autonómica	129
	Anexo 3 Acrónimos y abreviaturas	130

1. PRESENTACIÓN

El Consell tiene un compromiso con las personas con diabetes y sus familiares, con los profesionales que trabajan para ellas y con la sociedad para evitar la progresión de la enfermedad. Así, ha quedado determinado como una prioridad en el IV Plan de Salut y por ello la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública ha promovido la Estrategia de Diabetes de la Comunitat Valenciana 2017-2021.

El inicio de este camino fue contar con las personas. Las personas con diabetes, las personas que las cuidan, las personas que se esfuerzan con su trabajo por ayudarlas. La Estrategia de Diabetes 2017-2021 ha contado con todas ellas, desde la valoración inicial de sus necesidades, hasta la reflexión posterior para señalar los objetivos que habría que cumplir y en establecer las acciones para mejorar los resultados. Surge desde el consenso que otorga la colaboración de las principales fuerzas activas, es decir de las asociaciones de personas con diabetes, de los profesionales, pero además con carácter multidisciplinar, con el apoyo también de las sociedades científicas y el soporte de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Así pues, La Estrategia de Diabetes 2017-2021, ha superado el reto de gestarse con el esfuerzo de un gran número de activos a los que se les ha dado voz y participación.

El carácter integrador, ha ido más allá al superar las fronteras de la asistencia sanitaria y querer abarcar a las personas también en su día a día, en el medio que transcurre su vida. El entorno es un determinante de clave para ayudar a evitar la diabetes tipo 2 o que mejore si ya está presente. De esta forma se ha añadido el valor multisectorial y se han incorporado representantes de los municipios para contribuir a facilitar la promoción de la actividad física y fomentar las relaciones sociales en este gran gimnasio que es la Comunitat Valenciana con sus jardines, espacios verdes, rutas y espacios deportivos.

La población infantil y juvenil tiene unas necesidades concretas en entorno escolar. Por ello, se han incorporado también profesionales del sector de la educación para abordar mejor las necesidades de este colectivo y seguir mejorando las medidas que se implantaron a partir de la resolución que regula la asistencia sanitaria al alumnado con diabetes.

Los avances tecnológicos acompañan el progreso en el control de la diabetes y la mejoría de los resultados de salud. Es un desafío la incorporación de éstos en la práctica habitual, bien por su elevado coste o por las características técnicas para su adaptación a los recursos digitales de la Conselleria. Aun así, la Comunitat Valenciana ha sido la primera comunidad en conseguir la financiación de los monitores continuos de glucosa a aquellas personas que más lo necesitan y sigue trabajando para conseguir nuevos logros.

Otra de las claves de la Estrategia es la equidad. Equidad para considerar las necesidades de los grupos de personas vulnerables, evaluarlas, dar repuesta y aportar una visión comunitaria contando también con los activos de la sociedad. Existen

determinantes socioeconómicos que tienen mayor impacto de la diabetes sobre las personas vulnerables, tanto en incremento de la prevalencia como de sus consecuencias. Queda pues razonado por qué es misión de esta Conselleria conseguir minorar esta repercusión y velar por la equidad en la aplicación de las medidas de la Estrategia de Diabetes.

Aunque la diabetes tiene repercusiones asistenciales derivadas de las poblaciones con necesidades especiales, en la Comunitat Valenciana son unas 400000 personas las que tienen este problema de salud. Una enfermedad que además de ser muy frecuente puede provocar complicaciones de muchos órganos, exige una actuación coordinada e integrada de los profesionales centrada en la persona para dar respuesta a cada una de las situaciones que pueden aparecer en la vida de los pacientes. La integración de las actividades profesionales es un paso más hacia la excelencia en la atención a la que no se llegaría si esta no va acompañada del empeño en alcanzar que las personas con diabetes adquieran más habilidades y recursos para gestionar la enfermedad y hacer su vida más sencilla. Un aspecto capital de esta estrategia, además de trabajar por la integración de las actuaciones, es la educación terapéutica en diabetes clave para favorecer el empoderamiento de las personas y evitar que la enfermedad progrese o incluso que en muchas personas en riesgo de desarrollarla esta no aparezca.

Las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud y la Federación Internacional de Diabetes entre otros organismos, han advertido de la pandemia mundial que supone la diabetes y la obesidad, problema actual y creciente en el futuro más próximo, por ello recomienda a los gobiernos implementar medidas para evitarla. La Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública asume esta obligación y con esta Estrategia y otros recursos, apuesta por la prevención a través de la alimentación saludable y la actividad física, mientras que para aquellas personas que sufren la diabetes, se compromete a trabajar para reducir la carga de la enfermedad con una perspectiva global, desde el principio de equidad, para alcanzar una asistencia eficaz y de calidad.

Agradezco el esfuerzo a las muchas personas que han contribuido a indicar las directrices a seguir para frenar el impacto de la diabetes en nuestra Comunitat con la Estrategia de Diabetes y animo a su implicación a los profesionales, la ciudadanía y el resto de instituciones.

Carmen Montón Giménez

Consellera de Sanitat Universal i Salut Pública

2. PRÓLOGO

La resolución 61/225 de las Naciones Unidas reconoce: “la diabetes es una enfermedad crónica, debilitante y costosa, que tiene graves complicaciones, conlleva grandes riesgos para las familias, los Estados Miembros y el mundo entero y plantea serias dificultades para el cumplimiento de los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los objetivos de desarrollo del Milenio”. En esa misma resolución se insta a los gobiernos a fortalecer los recursos para su prevención y control.

La Estrategia de Diabetes 2017-2021, está orientada hacia el abordaje comunitario, desde la perspectiva de un modelo de enfermedad crónica, en el que la organización asistencial se establece para ofrecer continuidad de cuidados, con una visión global del problema y en el que los esfuerzos están centrados en las personas.

Es necesario proponer una transformación al modelo clásico asistencial, transformación que pasa por implicar a los profesionales en la gestión, a los pacientes en sus autocuidados y establecer mejoras en la comunicación.

La Estrategia propone la convergencia de los profesionales en las unidades funcionales integradas de diabetes, suma de las unidades de diabetes y de atención primaria junto al resto de profesionales y disciplinas que prestan asistencia a la diabetes. Esta visión de equipo va a permitir que cada miembro aporte su mejor conocimiento y habilidades profesionales para contribuir en la gestión de la diabetes en el departamento y se facilite la implementación de las medidas de la Estrategia. Medidas como la inclusión del control de la diabetes en los acuerdos de gestión ha permitido mejorar el control de la diabetes con el beneficio que supone obtener mejores resultados en salud a mayor número de población.

Las personas son el centro de nuestras actuaciones y su implicación en el control de su enfermedad es clave. Además de mejorar su conocimiento sobre la enfermedad con una educación terapéutica en diabetes avanzada y, a partir de nuevos recursos para promocionar la adherencia a la alimentación saludable y la práctica de actividad física regular, las personas pueden beneficiarse en salud y evitar progresar a fases más avanzadas de la enfermedad. Este principio tiene importantes implicaciones en la gestión porque estos mismos recursos son aplicables desde las etapas más tempranas de la enfermedad, incluso antes que aparezca, con ello se puede contribuir a la prevención y a evitar la progresión de la diabetes. Empoderar al paciente significa hacerlo parte del equipo. El beneficio no solo es en salud, sino que además tiene un impacto notable y favorable sobre la sostenibilidad del sistema público de salud, por reducir el coste en farmacia y el derivado de las complicaciones de la diabetes.

Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación son una oportunidad para la innovación al permitir establecer nuevos circuitos asistenciales de teleconsulta y telemonitorización de parámetros vitales. Avanzar en esta dirección es progresar en dar respuesta a una sociedad que exige cambios asistenciales que

contribuyan a conciliar las necesidades actuales para minimizar el impacto sobre la vida familiar, laboral, social y educativa.

El gran valor de la Estrategia de Diabetes 2017-2021 es la oportunidad de cambio en la atención a las personas con diabetes con la fortaleza de haber contado con su participación desde las etapas iniciales del proyecto y también con la contribución de gran número de profesionales de múltiples disciplinas y sectores sociales.

Rafael Sotoca Covaleda

Director General de Asistencia Sanitaria

3. RESUMEN EJECUTIVO

La diabetes mellitus tipo 2 se ha convertido en una pandemia provocada por otra epidemia global, la obesidad. Las amenazas para las personas que la sufren se deben a la comorbilidad asociada a las complicaciones crónicas con deterioro de la calidad de vida y reducción de la expectativa de vida. Los riesgos para la sociedad dependen en gran medida de los costes asociados a las complicaciones y los tratamientos, que pueden poner en jaque la sostenibilidad de la sanidad pública. La prevalencia de la diabetes diagnosticada en la Comunitat Valenciana es del 7.8%, es decir unas afecta a unas 400000 personas, pero al menos el 6% más de los habitantes tiene diabetes mellitus tipo 2 y lo desconocen por lo que el volumen de afectados y afectadas es todavía mayor y podría ser de 700.000 en toda la Comunitat. Al ser una enfermedad ligada al exceso de peso, el fenómeno de aumento progresivo de las tasas de sobrepeso y obesidad permite formular una estimación futura también hacia un aumento en los casos de diabetes tipo 2. La magnitud del problema es mayor cuando se ha observado que el exceso de peso se ha trasladado a población infantil, por lo que ya se observan casos de diabetes mellitus tipo 2 en este colectivo y se espera que se adelante la edad de aparición de esta patología.

Por otro lado, la diabetes mellitus tipo 1 afecta a niños, niñas, jóvenes y adultos, es decir, población que ha de crecer con ella y para muchos, que han crecido con ella. Es un desafío, crecer con unas necesidades diferentes al resto de compañeros y compañeras. Es el reto de crecer con una enfermedad crónica que exige unas necesidades terapéuticas y una adquisición en conocimientos de educación terapéutica para poder desarrollar una vida integrada en todos los entornos de convivencia, más allá de la familia, desde la escuela, a las actividades deportivas y de ocio. Los cuidados van encaminados al control metabólico adaptado a todas esas situaciones para evitar las complicaciones agudas y crónicas, pero en un camino en el que los jóvenes van aprendiendo recursos para ganar en conocimientos y habilidades que permitan hacer más sencilla la carga de la diabetes.

La atención a la diabetes, tanto a la tipo 1 como a la tipo 2, ha de abordarse con orientación hacia la cronicidad, independientemente de las características intrínsecas a cada una de ellas. Esto supone orientar la visión de la atención hacia las personas, como eje central de los esfuerzos, para lo cual es preciso la integración de los equipos asistenciales orientados a resultados de salud y a conseguir mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes. Bajo el concepto de integración tiene cabida la colaboración con las personas con diabetes y sus familiares, con las que es necesario trabajar como parte del equipo asistencial, ofreciéndolas compartir la responsabilidad y los objetivos, pero al mismo tiempo ofrecer las herramientas y dotarlas de los recursos para empoderarse en la prevención y el control de la enfermedad a través de la educación terapéutica en diabetes. La otra columna sobre la que apoyar este último valor son los recursos disponibles en la comunidad, como son los centros educativos, universidades, ayuntamientos, otras instituciones públicas, organizaciones no gubernamentales, sociedades científicas, asociaciones ciudadanas y empresas, entre otros. La coordinación de todos esos agentes, liderada eficazmente, pueden influir beneficiosamente en la progresión de la enfermedad, retrasando su evolución e

incluso evitando su aparición. Así se contribuiría a cambiar el concepto de una aproximación asistencial de la enfermedad hacia una visión de prevención, mejora de la calidad de vida y contribución en la sostenibilidad. Con los antecedentes expuestos hay que considerar que el modelo asistencial debe orientarse hacia el modelo de cuidados crónicos con una mayor participación de las personas, pacientes y familiares, y hacia un modelo comunitario con mayor implicación de los profesionales y la sociedad.

La diabetes mellitus tipo 2 es más frecuente en colectivos vulnerables y su repercusión puede ser mayor que en otros grupos. Por estas razones, se plantea necesario analizar y evaluar la situación y necesidades de cada uno de ellos, para proponer soluciones individualizadas, desde la equidad.

Es esencial contar con los profesionales y las personas con diabetes y sus familiares para que aporten su visión y hacerlos partícipes de los problemas, necesidades y resultados, implicarlos en la gestión y motivarlos. Han de ser parte del equipo en todas las etapas del proceso, desde la planificación, la puesta en acción de las iniciativas, la evaluación de los resultados hasta las nuevas propuestas de mejora.

Los documentos que respaldan la estrategia que se propone son:

- Plan de Diabetes de la Comunidad Valenciana 1996.
- Plan de Diabetes de la Comunidad Valenciana 2006-2010.
- Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud, actualización 2012.
- IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana.

Como conclusiones se propone una atención a las personas con diabetes, basada en:

- Centrar la atención en las personas con diabetes, orientada a sus necesidades en todas las etapas de la vida y del proceso de la diabetes, desde la prevención, la detección precoz, los cuidados, el tratamiento, el seguimiento y su integración social, familiar y laboral.
- Compartir la visión de los problemas, necesidades y posibilidades desde los diferentes colectivos con el objetivo de alcanzar el abordaje integral.
- Coordinación entre todos los niveles de actuación profesional y con las instituciones públicas y sociales, con una perspectiva global para conseguir desarrollar intervenciones multidisciplinares e intersectoriales.
- Considerar la equidad como valor y principio de actuación, con la finalidad de dar respuesta a las necesidades y carencias asistenciales,

particulares de los grupos de personas con diabetes o en riesgo de padecerla que se encuentran en situación de vulnerabilidad.

- Incorporar las nuevas tecnologías para mejorar la gestión de la enfermedad y facilitar la adherencia a los hábitos de vida saludables y al tratamiento.

La Estrategia de Diabetes de la Comunitat Valenciana 2017-2021 se compone de 7 líneas estratégicas, desarrolladas con la finalidad de conseguir 25 objetivos generales. Estos, a su vez, se han dividido en 62 objetivos específicos, para los que se han determinado 172 acciones y 211 indicadores para su evaluación.

LÍNEA ESTRATÉGICA 1: PREVENCIÓN.

En la línea de prevención se plantea actuar sobre el colectivo de profesionales de la salud para dotarles de recursos para la promoción de hábitos saludables con la finalidad de implicar y empoderar a la ciudadanía en la prevención y tratamiento del exceso de peso. Con el mismo propósito, se estimulará la creación, difusión y promoción de actividades y entornos saludables en los que se pueda impulsar la participación de las personas, con el apoyo de otras instituciones, entidades de gobierno local, provincial y autonómicas. El compromiso de todos los agentes que pueden facilitar adherencia a la alimentación saludable y a la práctica de la actividad física es clave en la prevención de la diabetes mellitus tipo 2.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: DIAGNÓSTICO PRECOZ.

Para realizar diagnóstico precoz se propone incentivar el cribado oportunista de laboratorio en población con riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2. El hecho de disponer de las mismas herramientas de gestión del laboratorio en todos los departamentos también permite establecer protocolos automatizados de cribado de diabetes mellitus tipo 2 que faciliten la labor de los equipos asistenciales. Por otro lado, se van a desarrollar rutas asistenciales para la identificación de las personas adultas, niños, niñas y jóvenes con hiperglucemia sintomática sin diagnóstico previo de diabetes para realizar intervención precoz y evitar ingresos por descompensaciones graves.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3: PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DIABETES MELLITUS.

En esta línea de trabajo se aborda la gestión de la diabetes mellitus como un proceso asistencial con la integración de los profesionales para dar continuidad en la atención, tanto para la diabetes mellitus tipo 1 como para la tipo 2. El proceso asistencial de diabetes es una herramienta de garantía para reducir la variabilidad en las actuaciones profesionales, medio para evitar inequidades a las personas con

diabetes y elemento de cohesión entre niveles profesionales al establecerse una coordinación estrecha desde las unidades de diabetes con atención primaria y el resto de especialistas implicados. A partir del proceso asistencial común a todo el territorio elaborado con el consenso multidisciplinar, cada departamento lo adaptará a sus condiciones particulares a través de la ruta asistencial.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4: DIABETES Y GESTACIÓN.

La diabetes gestacional es el problema médico más frecuente en la mujer embarazada con posibles repercusiones tanto en la gestante como en la descendencia. Por ello, por requerir unas necesidades específicas y por ser susceptible de medidas concretas de prevención posterior se emprende esta línea estratégica específica, bajo las mismas pretensiones que la anterior, es decir elaborar un proceso asistencial tanto para la diabetes gestacional como la pregestacional y estimular la adherencia a las medidas de prevención.

LÍNEA ESTRATÉGICA 5: OPTIMIZACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS.

En esta línea se afronta la disponibilidad de las nuevas tecnologías para facilitar la gestión de la diabetes por parte de los profesionales y las personas con diabetes. Gestión no solo de resultados de variables clínicas para la toma de decisiones, sino para mejorar la comunicación entre todos y reorientación hacia una mejora de la atención. También se disponen de aplicaciones informáticas corporativas que posibilitan realizar análisis de la práctica clínica y a su vez hacer propuestas de optimización de las actuaciones, es por ello que se va a potenciar el uso de las mismas tanto en servicios centrales, como en atención primaria como en las unidades de diabetes.

LÍNEA ESTRATÉGICA 6: EQUIDAD EN TODOS LOS NIVELES DE ACTUACIÓN.

Luchar contra las inequidades en todos los niveles de actuación en diabetes es el objetivo principal de esta línea. Se va a proceder a analizar la situación de las poblaciones en situación de vulnerabilidad por cualquier condición y valorar sus necesidades para garantizar la aplicación de las medidas de la estrategia a todas las personas. Para ello también se va a intervenir sobre los profesionales para concienciar de estas situaciones y ofrecer recursos para romper las barreras que impiden la implantación de las recomendaciones. El otro eje de actuación es contar con la comunidad para motivar la participación social, fomentar la solidaridad y el empoderamiento individual y colectivo.

LÍNEA ESTRATÉGICA 7: FORMACION E INVESTIGACIÓN.

Con la línea de formación e investigación se pretende ofrecer formación continuada a los profesionales de la sanidad a través de la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud y de las unidades de diabetes. De forma particular, a través de esta vía, se afrontará la necesidad de asegurar profesionales educadores de diabetes en todas las unidades de diabetes. Otro aspecto novedoso, es la colaboración con la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte para la formación al personal docente de la Comunitat Valenciana en las necesidades de las niñas, niños y jóvenes con diabetes en los centros educativos. Respecto a las actividades de investigación, se prioriza la investigación clínica, coordinada, multidisciplinar e interdepartamental para poder hacer evaluaciones de las actuaciones y favorecer la mejora continua hacia la excelencia en la atención a la diabetes en la Comunitat Valenciana.

Mapa estratégico de asistencia integral a las personas con diabetes en la Comunitat Valenciana (figura 1):

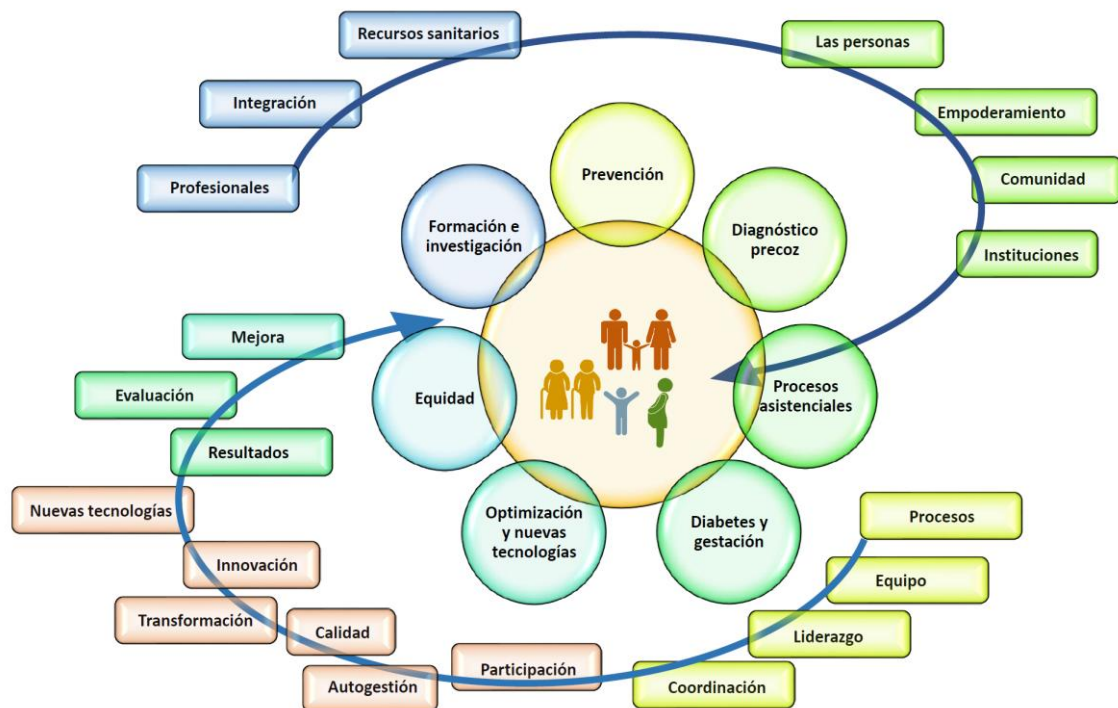


Figura 1: Mapa estratégico de asistencia integral a las personas con diabetes en la Comunitat Valenciana.

4. INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es una de las patologías crónicas más prevalentes, que condiciona la aparición de complicaciones crónicas, mortalidad cardiovascular y reduce la expectativa de vida de las personas que la padecen. Aunque en la clasificación de la diabetes mellitus distinguimos varios tipos, las más frecuentes son la diabetes tipo 1 y tipo 2. La incidencia de la diabetes mellitus tipo 1 es de 11-15 casos por 100.000 habitantes/año, pero es de especial interés por afectar a niños y jóvenes con necesidades particulares. Respecto a la diabetes mellitus tipo 2, según el estudio Di@betes el 13.8% de la población española presenta esta patología, son cifras similares a las obtenidas previamente en el estudio Valencia referidas a nuestra Comunitat. En este último trabajo, además, se evidenció que el 33% de la población tiene alguna alteración del metabolismo hidrocarbonado, es decir, que las personas que las presentan están en situación de prediabetes, por tanto, en riesgo de desarrollar diabetes. La tendencia actual de la diabetes es creciente en cuanto al número de casos, debido a que la aparición y evolución de la diabetes mellitus tipo 2 va ligada al exceso de peso y al envejecimiento de la población, condiciones que siguen en aumento.

Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) apuntan que en 2014 422 millones de adultos padecían diabetes, de tal forma que, frente a los 108 millones de 1980, casi se ha cuadruplicado la casuística de la diabetes y su prevalencia casi se ha duplicado del 4.7% al 8.5%.

Según los datos de la última encuesta nacional de salud, disponible, de 2014, el 52.7% de la población mayor de 18 años y el 18.3 % de los menores 18 años presentan exceso de peso. Es evidente que para minorar estas cifras es fundamental combatir la obesidad y actuar sobre la diabetes tipo 2. No puede contemplarse la atención y abordaje a la diabetes si no se considera la obesidad como parte del mismo problema. En esta misma encuesta cabe destacar que solo 3 de cada 10 personas mayores de 15 años practican actividad física más de 2 días a la semana; el consumo de frutas se reduce con la edad, de tal modo que entre los jóvenes de entre 15 y 24 años, solo 4 de cada 10, toman alguna fruta al día y, además, el consumo de verduras es menor. Es urgente actuar para promover hábitos de vida más saludables, especialmente entre los jóvenes, dado que es previsible que la prevalencia de la diabetes siga aumentando con estas premisas, pero además se manifestará a edades más tempranas. Otra condición ligada a la obesidad es el nivel socioeconómico, es lo que se conoce como el gradiente social de la obesidad, ya que es más frecuente en los grupos sociales más deprimidos y por tanto se deben plantear medidas dirigidas a los grupos de personas en situación de vulnerabilidad.

La Estrategia de Diabetes de la Comunitat Valenciana, es el documento en el que describen las líneas estratégicas prioritarias y se proponen las medidas generales que van a impulsarse desde la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, como respuesta para mejorar la atención a las personas con diabetes mellitus, favorecer las acciones para evitar la aparición de diabetes, promover la detección precoz de la misma y desarrollar actividades que atenúen el impacto de esta patología en la comunidad. La Estrategia de Diabetes es el instrumento para alcanzar los objetivos del

IV Plan de Salud 2016-2020 de la Comunitat Valenciana, en el que se enfatiza la importancia de prevenir la diabetes para incrementar la esperanza de vida en buena salud y el control de la misma para reducir la morbimortalidad cardiovascular.

La aproximación a la diabetes no se puede ver exclusivamente como un problema médico, y para lograr los mejores resultados de salud es necesario contar con los agentes sociales y los profesionales que pueden desempeñar un papel relevante en las diferentes etapas de la diabetes y en los diferentes escenarios epidemiológicos donde sea más prevalente o tenga un impacto mayor. Es por ello por lo que se plantea, para cada línea estratégica, la constitución de equipos de trabajo multidisciplinares con participación de profesionales, personas afectadas por la diabetes y agentes de la comunidad, capaces de elaborar las propuestas de acciones y recomendaciones específicas para su implementación, así como los indicadores concretos para evaluar su impacto. Durante todos los procesos se considerará la incorporación de nuevos miembros a los equipos de trabajo si así se considerara oportuno para alcanzar los mejores resultados.

En un contexto donde la sostenibilidad del sistema sanitario está amenazada, es una necesidad racionalizar los recursos y por ello se considera esencial la puesta en valor de aquellas acciones o proyectos que puedan tener un impacto beneficioso, bien que ya se estén desarrollando, o que se hayan propuesto en alguno de los diferentes departamentos de salud de la geografía valenciana y que puedan contribuir a reducir la carga de la diabetes y permitan alcanzar los objetivos, mediante su generalización al resto de equipos de salud. Para ello es determinante coordinar los recursos disponibles, las acciones locales, así como medir su impacto para poder dirigir los esfuerzos allí donde sea más necesario.

5. JUSTIFICACIÓN

El referente para la planificación y desarrollo de las acciones para combatir la diabetes y establecer mejoras en la atención a las personas con diabetes es el IV Plan de Salud 2016-2020, en el que se destacan como prioritarias las acciones necesarias para controlar la diabetes, tal y como se aborda en las líneas estratégicas 1 y 2.

Por un lado, la línea estratégica 1, *“Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima calidad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes”*, en el objetivo específico 1.1 *“Orientarse a los resultados en salud de la población”*, obliga a reflexionar sobre el papel actual de la atención a las personas con enfermedades crónicas e incita a proponer nuevos modelos asistenciales y reorientación de los esfuerzos hacia la consecución de mejores resultados de salud considerando al paciente en el centro de las intervenciones. La diabetes mellitus es una grave enfermedad crónica de alta prevalencia, que puede asociarse a complicaciones crónica y agudas, que afecta a población de diferentes segmentos etarios, en la que participan muchos profesionales, por lo que la coordinación de los esfuerzos es necesaria para mejorar los resultados en salud de los pacientes.

La línea estratégica 2, *“Orientación hacia la cronicidad y hacia los resultados en salud para incrementar la esperanza de vida en buena salud”*, destaca como prioritaria la importancia de la atención a la diabetes en el IV Plan de Salud, tanto en su prevención como la asistencia. El objetivo 2.1, *“Actuar sobre los factores de riesgo comunes a las principales enfermedades crónicas”*, invita a trabajar en la prevención y control de los factores de riesgo que comparten las principales enfermedades crónicas. En este sentido el sobrepeso y la obesidad se encuentran en la patogenia de la diabetes, enfermedades cardiovasculares, determinados tipos de cáncer, enfermedades pulmonares y enfermedad osteoarticular entre otras. También la presencia de diabetes y la falta de control representa una condición que confiere mayor riesgo de desarrollar complicaciones cardiovasculares y neoplasias malignas. Si se consigue evitar o retrasar la aparición de la diabetes y mejorar el control metabólico, así como los resultados de salud, se espera un incremento de esperanza de vida en salud. En la misma línea estratégica, el objetivo 2.4, *“Frenar la tendencia creciente de la diabetes”*, específicamente llama a mejorar la atención integrada y que ésta sea de calidad y adaptada a las necesidades de cada paciente, mediante la coordinación de acciones llevadas a cabo por equipos multidisciplinares de atención primaria, unidades de diabetes y profesionales de otras especialidades.

En el ámbito nacional, la Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de salud (2012), enfatiza el papel de la prevención a través de la promoción de estilos de vida saludables, facilitar el diagnóstico precoz, la asistencia integrada, además de la formación, la investigación y la innovación como piedra angular para combatir la diabetes.

Para la consecución de los objetivos del IV Plan de Salud se propone el desarrollo de la Estrategia de Diabetes de la Comunitat Valenciana basada en estas líneas estratégicas:

1. Prevención.
2. Detección precoz.
3. Proceso asistencial integrado diabetes mellitus.
4. Diabetes y gestación.
5. Optimización y nuevas tecnologías.
6. Equidad en todos los niveles de actuación.
7. Formación e investigación.

6. PROCESO DE ELABORACIÓN DE LA ESTRATEGIA

La Estrategia de Diabetes de la Comunitat Valenciana 2017-2021 es la continuación de los dos planes previos con la intención de establecer medidas específicas complementarias a las desarrolladas hasta la actualidad. En esta ocasión y con la finalidad de aportar una visión global, transformadora y sostenible se ha contado desde el inicio y en todas las etapas con profesionales, personas con diabetes y familiares. En todo momento, los equipos de trabajo han mostrado ilusión, capacidad de diálogo, gran esfuerzo y ánimo de consensuar acciones que puedan tener gran impacto para hacer más fácil la vida a todas las personas con diabetes, tanto a los adultos como a los más jóvenes. Se ha considerado abordar no solo aspectos asistenciales, sino también los entornos en los que discurre la vida de todos ellos y las condiciones o determinantes sociales que influyen sobre la patología y evolución de la diabetes.

Las etapas para la elaboración de la estrategia han fluido según un proceso continuo, lógico y acorde a las necesidades generadas de la fase anterior.

1ª ETAPA: ANÁLISIS PRELIMINAR.

Después del nombramiento del nuevo coordinador del plan de diabetes se convocó a las principales sociedades científicas autonómicas involucradas en la atención a la diabetes, representantes de las personas con diabetes de las principales organizaciones como la Federación de Diabéticos de la Comunidad Valenciana y la Asociación Valenciana de Diabetes para evaluar las necesidades actuales y futuras para mejorar la atención y prevenir la diabetes, así como para alcanzar los objetivos del IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana. Las sociedades científicas partícipes al inicio de la estrategia han sido:

2ª ETAPA: DEFINICIÓN DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS.

Una vez considerada la información generada y el análisis DAFO, se establecen 7 líneas estratégicas: prevención, detección precoz, procesos asistenciales, diabetes y embarazo, optimización y nuevas tecnologías, equidad y la dedicada a formación e investigación.

Las líneas estratégicas se presentaron en reunión de la Comisión Coordinadora del Plan para la Asistencia Integral al Paciente Diabético en la Comunidad Valenciana y fueron aprobadas para su desarrollo.

Con ayuda de los representantes de las sociedades científicas y de las asociaciones de personas con diabetes se han creado 7 equipos de trabajo o comités técnicos de expertos, además de un subcomité con la mediación del Instituto Médico Valenciano. Los equipos tienen una composición multidisciplinar, en algunas ocasiones intersectorial y con representación de las personas con diabetes y sus familiares, por ello se designó a 2 coordinadores por cada equipo para dinamizar la actividad de los grupos, repartir tareas, recopilar información y mantener la comunicación con el coordinador del Plan de Diabetes.

3ª ETAPA: ELABORACIÓN DEL PRIMER DOCUMENTO.

La recopilación de la información aportada por cada equipo permitió que con las propuestas se definieran los objetivos generales y específicos, las acciones para cumplir los objetivos y los indicadores para su evaluación. Por otro lado, se ha priorizado el orden de las acciones.

Posteriormente se remitió esta información a los coordinadores de los equipos para su reevaluación.

4ª ETAPA. REDACCIÓN FINAL DEL DOCUMENTO DEFINITIVO.

Las aportaciones remitidas de nuevo fueron evaluadas e incluidas en la redacción del documento definitivo.

En el momento de la redacción de este documento han participado más de 130 personas, entre profesionales, personas con diabetes y familiares en los diferentes equipos de trabajo y comités. Esta estrategia surge con la vocación de sumar activos, por lo que si a lo largo de su desarrollo se identifican personas que pueden aportar valor para enriquecerla y facilitar la implementación de las acciones podrán ser invitadas a participar o formar parte de estos equipos.

7. LA ATENCIÓN A LA DIABETES EN LA COMUNITAT VALENCIANA

7.1. ANTECEDENTES Y EVOLUCION

El 2 de mayo de 1995 se publicó en el Diario Oficial de la Generalitat Valenciana el Decreto 74/1995, por el que se crea el Plan para la Asistencia Integral al Paciente Diabético en la Comunidad Valenciana. De esta manera la Comunitat Valenciana fue pionera en el territorio nacional en destacar sus esfuerzos para dar respuesta a uno de los problemas de salud más importantes por su prevalencia y consecuencias. En el Decreto se insta a mejorar el conocimiento sobre la diabetes, diseñar y planificar acciones para mejorar su control, así como la implantación de las medidas para la consecución de los objetivos propuestos. En consecuencia, en 1996 se publicó el primer Plan de Diabetes de la Comunidad Valenciana dirigido por el Dr. Juan Ascaso Gimilio y en 2006 se publicó el segundo Plan dirigido por el Dr Miguel Catalá Bauset, posteriormente los doctores Juan Girbés Borrás y José Manuel Ruiz Palomar, continuaron esta labor como directores del Plan.

A lo largo de estos años se ha consolidado el papel de las unidades de diabetes y las unidades de referencia de diabetes como eje para la atención de la diabetes mellitus tipo 1 y soporte para aquellas situaciones relacionadas con la diabetes mellitus tipo 2 para las que atención primaria requería la cooperación. Esta estructura ha permitido mejorar la asistencia garantizando la presencia de equipos con enfermería dedicada a educación terapéutica en diabetes y con especialistas en endocrinología y nutrición, así como pediatras en las unidades de diabetes departamentales. También es pública, por lo que las personas con diabetes pueden conocer los recursos que disponen. Este modelo asistencial sigue vigente, pero se plantean nuevas modalidades asistenciales derivadas de la evolución en el conocimiento de la diabetes, la progresión de los índices de sobrepeso, obesidad y diabetes, los avances terapéuticos, la implantación de la historia clínica electrónica, el uso de las nuevas tecnologías por profesionales y pacientes, así como la mayor participación de las personas con diabetes en la toma de decisiones. Con estas premisas, es una oportunidad y también una necesidad, trabajar por la integración de los equipos de atención primaria con las unidades de diabetes y promover alternativas al modelo asistencial tradicional.

7.2. ANALISIS ACTUAL DE LA DIABETES MELLITUS EN LA COMUNITAT

VALENCIANA

7.2.1. DATOS POBLACIONALES Y EPIDEMIOLÓGICOS

La pirámide poblacional de la Comunitat Valenciana muestra un perfil regresivo con un envejecimiento progresivo de la población y un descenso de la natalidad (figura 2). Tal es así, que la población mayor de 65 años es el 18.5% del total de habitantes. La esperanza de vida al nacer en 2015 era de 82.28 años, 79,6 años para los hombres y 84,95% para las mujeres y continua con una tendencia de crecimiento.

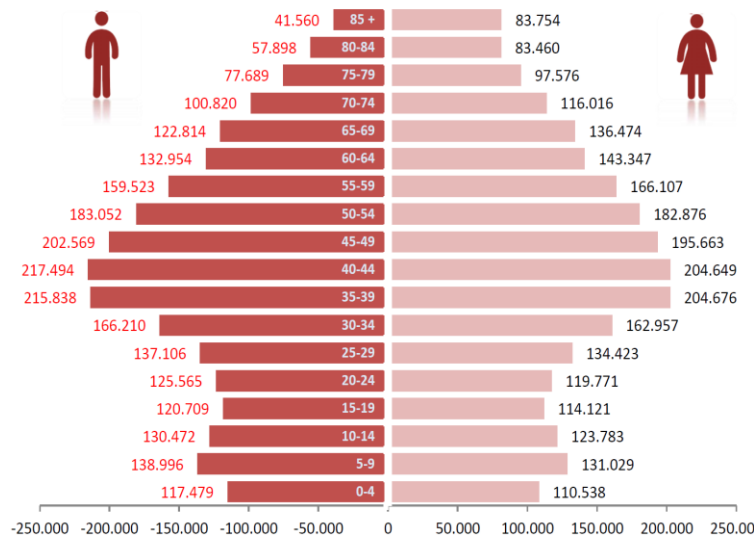


Figura 2. Pirámide poblacional de la Comunitat Valenciana de 2016 (padrón continuo del INE a 1-1-16).

(IV Plan de Salud 2016-2020 de la Comunitat Valenciana)

Aunque progresivamente se ha reducido la mortalidad prematura atribuida a la diabetes en los últimos años, en 2013 todavía era de 5,80 en los hombres y de 3,08 en las mujeres, casos por 100000 habitantes. El 70% de los fallecimientos se debe a causas cardiovasculares, cerebrovasculares, cáncer, enfermedades pulmonares y diabetes son las principales causas de mortalidad en la Comunitat. La diabetes es la sexta causa de mortalidad, pero también contribuye a las causas vasculares y ciertos tipos de neoplasias malignas.

La prevalencia de la diabetes mellitus tipo-2 diagnosticada en la Comunitat es del 7.8%, el 54,40% son hombres y 45,50% son mujeres. (datos medidos en septiembre de 2017, fuente Alumbra, tabla 1), comparada con la prevalencia declarada en 2009 6,74% supone un incremento significativo.

DEPARTAMENTO	Población DM-2 2017/09	Población total 2017/09	% población DM-2 2017/09
DEPARTAMENT DE SALUT DE VINAROS	7.427	92.834	8,0003%
DEPARTAMENT DE SALUT DE CASTELLO	19.903	280.058	7,1067%
DEPARTAMENT DE SALUT DE LA PLANA	15.681	185.627	8,4476%
DEPARTAMENT DE SALUT DE SAGUNT	13.874	150.457	9,2212%
DEPARTAMENT DE SALUT DE VCIA CLINIC-LA MALVA-ROSA	27.815	340.955	8,1580%
DEPARTAMENT DE SALUT VCIA ARNAU DE VILANOVA LLIRIA	22.363	311.120	7,1879%
DEPARTAMENT DE SALUT DE VALENCIA - LA FE	23.530	279.974	8,4044%
DEPARTAMENT DE SALUT DE REQUENA	4.886	52.092	9,3796%
DEPARTAMENT DE SALUT DE VALENCIA -HOSPITAL GENERAL	30.166	354.912	8,4996%
DEPARTAMENT DE SALUT DE VALENCIA - DOCTOR PESET	23.270	274.987	8,4622%
DEPARTAMENT DE SALUT DE MANISES	17.578	202.497	8,6806%
DEPARTAMENT DE SALUT DE LA RIBERA	21.632	257.677	8,3950%
DEPARTAMENT DE SALUT DE GANDIA	14.335	178.766	8,0189%
DEPARTAMENT DE SALUT DE DENIA	12.883	168.330	7,6534%
DEPARTAMENT DE SALUT DE XATIVA - ONTINYENT	16.378	194.589	8,4167%
DEPARTAMENT DE SALUT D'ALCOI	10.654	136.425	7,8094%
DEPARTAMENT DE SALUT DE LA MARINA BAIXA	13.528	182.077	7,4298%
DEPARTAMENT DE SALUT D'ALACANT-SANT JOAN D'ALACANT	14.645	218.779	6,6940%
DEPARTAMENT DE SALUT D'ELDA	13.939	188.824	7,3820%
DEPARTAMENT DE SALUT D'ALACANT - HOSPITAL GENERAL	19.789	269.089	7,3541%
DEPARTAMENT DE SALUT D'ELX - HOSPITAL GENERAL	12.590	165.356	7,6139%
DEPARTAMENT DE SALUT D'ORIHUELA	12.441	165.316	7,5256%
DEPARTAMENT DE SALUT DE TORREVIEJA	15.385	186.133	8,2656%
DEPARTAMENT DE SALUT DE ELX-CREVILLET	12.037	153.335	7,8501%
Total	396.729	4.990.209	7,7959%

Tabla 1. Prevalencia de la DM-2 en la Comunitat Valenciana. (Fuente Alumbra).

A continuación, se muestran las características epidemiológicas de la diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2, a partir de Alumbra, por lo que son datos de los pacientes que han sido atendidos en atención primaria.

Además de la edad, el otro factor importante en la aparición y progresión de la diabetes mellitus tipo 2 es el exceso de peso. En la Comunitat Valenciana, de las personas con diabetes tipo 2, el 12% tiene un peso normal, el 36% presenta sobrepeso y el 52% obesidad, aunque por género, la proporción de mujeres con obesidad es superior y destacada a partir de los 40 años. (Figuras 3, 4 y 5).

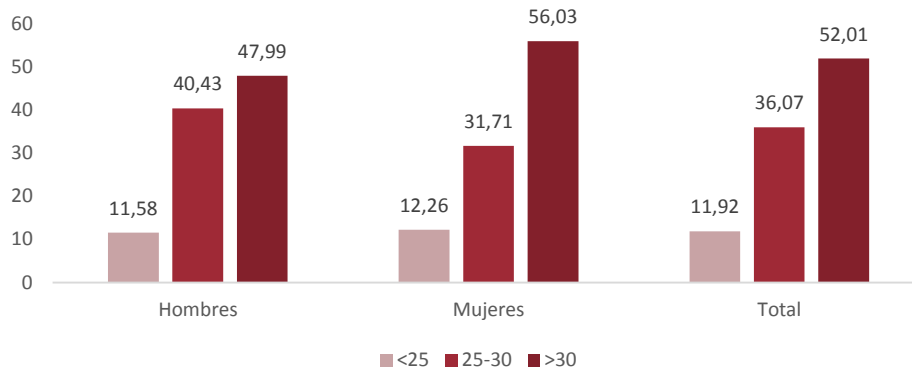


Figura 3. Distribución de la población con DM-2 (%) según el IMC y género en la Comunitat Valenciana, en 2016. (Fuente alumbra)

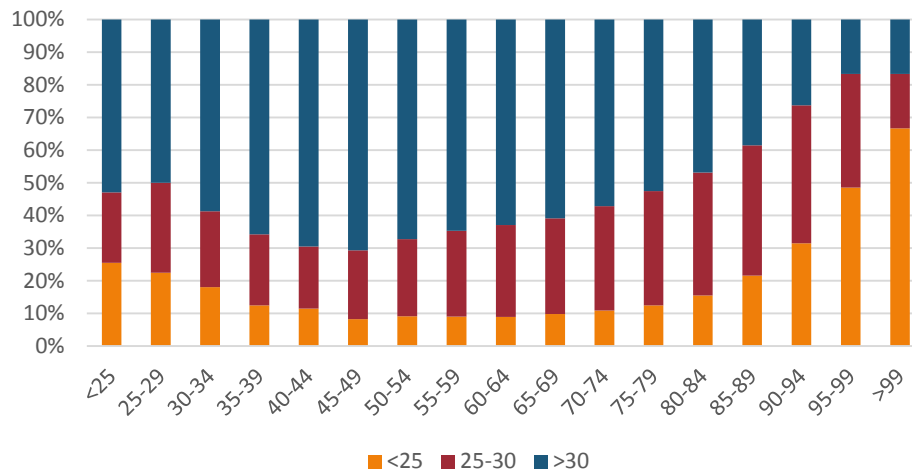


Figura 4. Distribución de la población de mujeres con DM-2 (%) según el IMC y edad en la Comunitat Valenciana, en 2016. (Fuente alumbra)

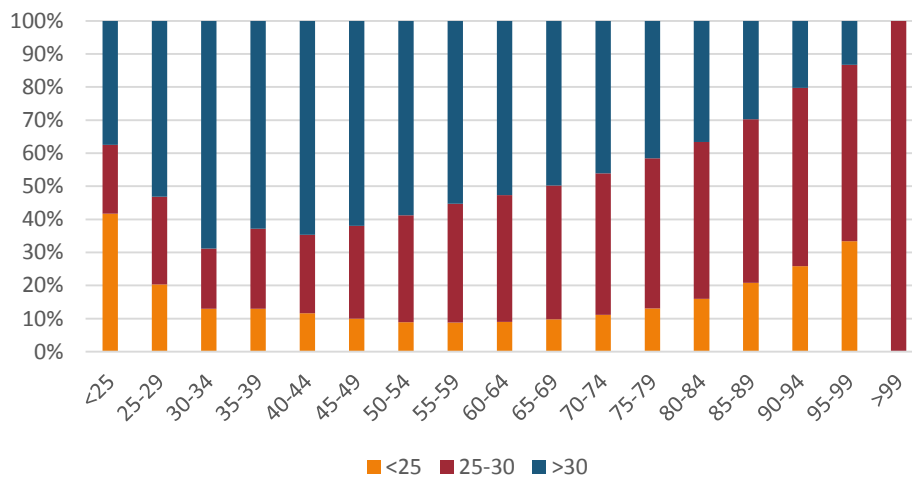


Figura 5. Distribución de la población de hombres con DM-2 (%) según el IMC y edad en la Comunitat Valenciana, en 2016. (Fuente alumbra)

El tabaquismo como factor de riesgo cardiovascular prevenible está presente en el 10% de la población, de los cuales 74,43% son varones y 25,57% son mujeres (Figura 6.).

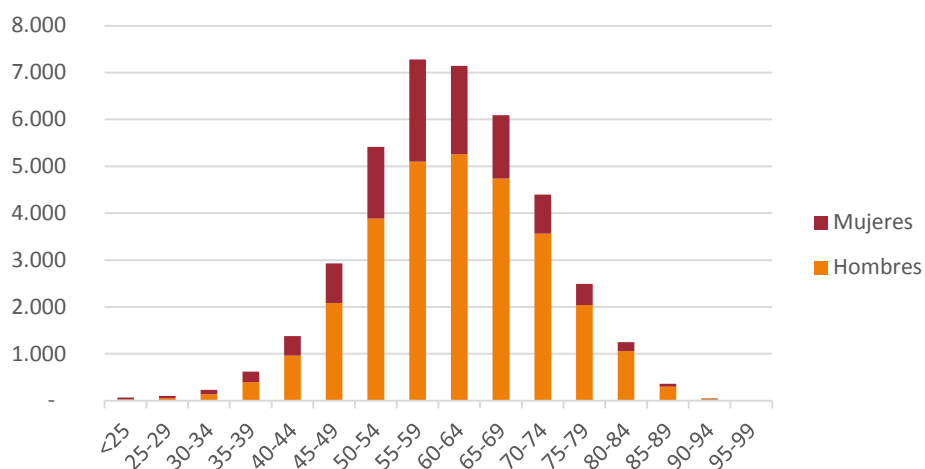


Figura 6. Población con DM-2 y abuso de tabaco en la Comunitat Valenciana. (Fuente Alumbra).

Respecto a la epidemiología de la diabetes mellitus tipo 1, cabe destacar que la prevalencia es del 0.3%, de los que el 54.79% son varones y el 45,21% son mujeres. (Tabla 2, figuras 7, 8 y 9).

Rango de edad	Total	Niños y chicos	Niñas y chicas
0-14 años	1131	584	547
15-17 años	103	62	41
Total	1234	646	588

Tabla 2. Nº de niños, niñas y jóvenes con DM-1 en la Comunitat Valenciana, en 2016. (Fuente, Alumbra)

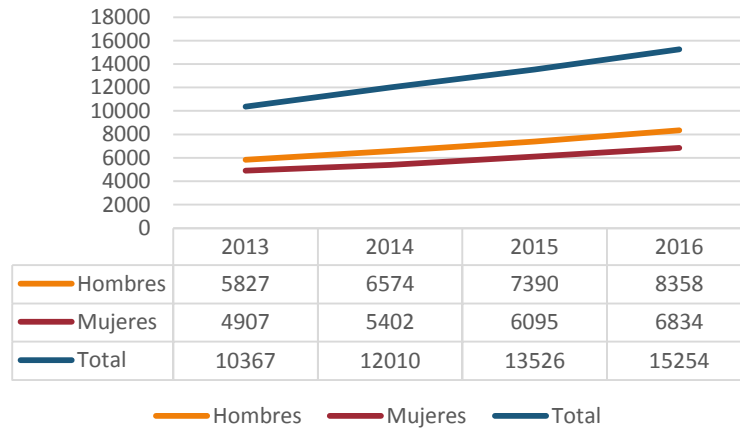


Figura 7. Nº de personas con DM-1 en la Comunitat Valenciana. (Fuente, Alumbra)

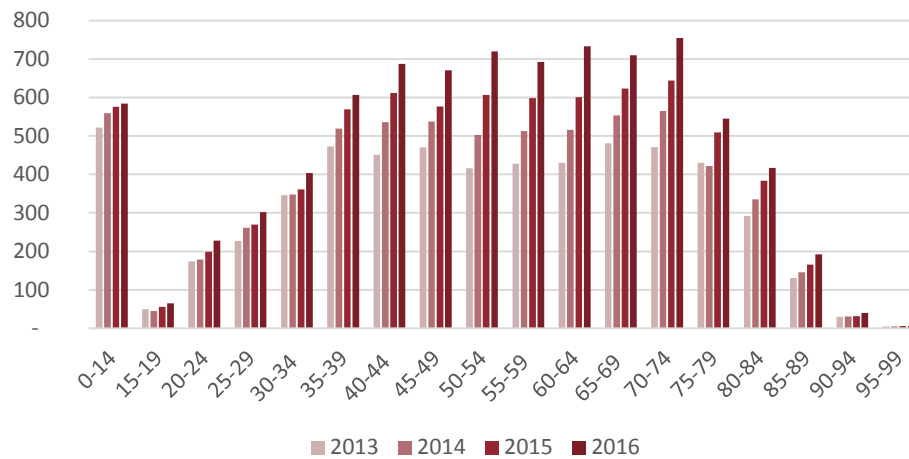


Figura 8. Distribución de la población de hombres con DM-1, según rango de edad. (Fuente, Alumbra)

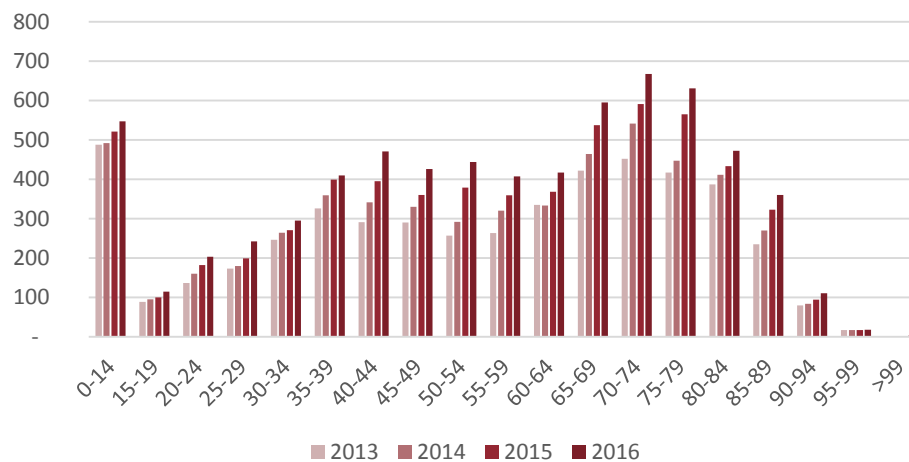


Figura 9. Distribución de la población de mujeres con DM-1, según rango de edad. (Fuente, Alumbra)

7.2.2. ATENCION A LA DIABETES:

La asistencia sanitaria en la Comunitat Valenciana está organizada en 24 departamentos de salud. En los departamentos la asistencia se organiza en atención primaria y atención hospitalaria. La atención primaria está organizada en zonas básicas de salud, las cuales tienen como eje asistencial el centro de salud que además puede incluir consultorios, los cuales están coordinados por el centro de salud.

La Asistencia Primaria en la Comunitat Valenciana dispone de 244 centros de salud, 561 consultorios y 41 centros sanitarios integrados.

La red hospitalaria está compuesta por 28 hospitales considerados de agudos, de los cuales 27 son hospitales de referencia y departamentales más un hospital complementario (tabla 3).

Hospitales de agudos de la red pública valenciana			
Provincia	Denominación	Tipo de gestión	Cartera de servicios de diabetes
Castellón	H. Vinaròs	Pública	Unidad de diabetes
	H. Gral. de Castellón	Pública	Unidad de diabetes
	Consorcio Hospital Provincial Castellón	Consorcio	
Valencia	H. la Plana de Villarreal	Pública	Unidad de diabetes
	H. Sagunto	Pública	Unidad de diabetes
	H. Malvarrosa	Pública	
	H. Clínico Universitario	Pública	Unidad de referencia de diabetes
	H. Arnau de Vilanova	Pública	Unidad de diabetes
	H. Liria	Pública	
	H. Gral. Universitario La Fe	Pública	Unidad de referencia de diabetes
	H. l'Horta Manises	Concesión	Unidad de diabetes
	H. Gral. de Requena	Pública	Unidad de diabetes
	Consorcio H. Gral. Universitario	Consorcio	Unidad de diabetes
	H. Dr. Peset Aleixandre	Pública	Unidad de referencia de diabetes
	H. Alzira (La Ribera)	Concesión	Unidad de diabetes
	H. Francisco de Borja de Gandía	Pública	Unidad de diabetes
	H. Lluís Alcanyís de Xàtiva	Pública	Unidad de diabetes
	H. complementario de Ontinyent	Pública	
Alicante	H. Marina Alta (Denia)	Concesión	Unidad de diabetes
	H. Verge dels Liris d'Alcoi	Pública	Unidad de diabetes
	H. Marina Baja de la Vila Joiosa	Pública	Unidad de diabetes
	H. Sant Joan d'Alacant	Pública	Unidad de diabetes
	H. Gral de Elda	Pública	Unidad de diabetes
	H. Gral de Alicante	Pública	Unidad de referencia de diabetes
	H. Gral de Elche	Pública	Unidad de diabetes
	H. del Vinalopó de Elche	Concesión	Unidad de diabetes
	H. Vega Baja (Orihuela)	Pública	Unidad de diabetes
H. Torreveja	Concesión	Unidad de diabetes	

Tabla 3. Hospitales de departamento con unidades de diabetes y unidades de referencia de diabetes. (Memoria de gestión de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Año 2016).

El personal facultativo que trabaja en atención primaria está formado por 2777 profesionales. Por otro lado, para endocrinología y nutrición las son 72 profesionales con plaza estructurada, sin embargo, no todas las unidades de diabetes disponen de personal estructurado en su plantilla.

7.2.2.1. ATENCIÓN PRIMARIA

El equipo de atención primaria está organizado en la unidad básica asistencial (UBA), formada por personal médico y de enfermería. La UBA está integrada en el centro de atención primaria, bajo la responsabilidad del coordinador de la zona básica de salud. Para cada zona básica de salud se establecerá una persona referente del equipo médico y otra de enfermería para formar parte de la unidad funcional integrada de diabetes.

Funciones

- Implementación de los programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuados al departamento de las personas con diabetes del departamento.
- Educación diabetológica de pacientes y familiares, en sesiones individuales y/o grupales para la promoción de autocuidados y adquisición de habilidades para la autogestión de la diabetes.
- Prevención, detección precoz y tratamiento de las complicaciones relacionadas con la diabetes.
- Control de los factores de riesgo asociados a la aparición o progresión de las complicaciones crónicas.
- Desarrollar actividades comunitarias con participación social dirigidas al empoderamiento de las personas para prevenir el exceso de peso y la diabetes y fortalecer sus habilidades y conocimientos para un mejor control de la diabetes.
- Colaborar con la unidad de diabetes del Departamento y participación en las actividades de la unidad funcional integrada de diabetes.
- Cooperar en el desarrollo de las acciones propuestas en el Plan de Diabetes.
- Fomentar las actividades de investigación diabetológica.
- Evaluación de la actividad asistencial.
- Participación en acciones de formación, docencia e investigación.

Medios

- Espacio físico necesario para el normal funcionamiento de la unidad.
- Zonas para consultas, educación diabetológica y soporte ofimático e informático.

7.2.2.2. UNIDADES DE DIABETES

Las unidades de diabetes tienen ámbito departamental y estarán integradas en el Servicio, Sección o Unidades de Endocrinología y Nutrición del Hospital de Departamento. La o el responsable y coordinador o coordinadora, será un médico o médica especialista de endocrinología y nutrición del Hospital de Departamento. Los niños y niñas menores de 15 años serán atendidos en las unidades de diabetes pediátricas.

Funciones

- Tratamiento, control y seguimiento de los pacientes ingresados (programados o urgentes), procedentes del propio departamento o de otros.
- Seguimiento en consultas externas de las personas con diabetes del departamento y de aquellos que sean remitidos desde atención primaria.
- Educación diabetológica de pacientes y familiares, en sesiones individuales y/o grupales para la promoción de autocuidados y adquisición de habilidades para la autogestión de la diabetes.
- Implementación de los programas de educación diabetológica adecuados al departamento, con otros especialistas, con los responsables de atención primaria y con personas con diabetes.
- Prevención, detección precoz y tratamiento de las complicaciones relacionadas con la diabetes.
- Control de los factores de riesgo asociados a la aparición o progresión de las complicaciones crónicas.
- Coordinar las acciones en el Departamento y favorecer el trabajo multidisciplinar entre las distintas especialidades que participan en el cuidado de las personas con diabetes.
- Colaborar en el desarrollo de las acciones propuestas en el Plan de Diabetes.
- Coordinar las unidades funcionales integradas de diabetes

- Fomentar las actividades de investigación diabetológica.
- Evaluación de la actividad asistencial.
- Participación en acciones de formación, docencia e investigación.

Medios

Se dispondrá de:

- Espacio y material adecuado y suficiente para realizar las funciones descritas.
- Zonas para hospitalización, consultas externas, educación diabetológica y soporte ofimático e informático.

Necesidades mínimas del departamento

La asistencia a la ciudadanía con diabetes de la Comunitat Valenciana precisa de la existencia de unidades de diabetes en todos los hospitales generales con cobertura departamental, los cuales dispondrán como mínimo de:

- Un endocrinólogo o endocrinóloga con dedicación completa a la asistencia a las personas con diabetes.
- Una o un pediatra con dedicación parcial o completa en función del número de menores de 15 años con diabetes controlados en la unidad.
- Una o un enfermero formado en diabetes y educación diabetológica.
- Otros especialistas a tiempo parcial que colaboren con la unidad.

El director o directora general de asistencia sanitaria acreditará como unidades de diabetes a aquellas que reúnan las condiciones y desempeñen las funciones anteriormente descritas, en el caso que se requiera. Si en un departamento determinado no concurren las circunstancias que permitan el funcionamiento de una unidad de diabetes, las personas con diabetes deberán ser controladas en la unidad de referencia correspondiente al hospital de referencia.

Con la finalidad de garantizar y mejorar la cobertura asistencial se pretende de forma progresiva dotar a las unidades de al menos de 2 especialistas en endocrinología y nutrición, así como aumentar la dotación/dedicación del personal de enfermería para la educación diabetológica.

7.2.2.3. UNIDADES DE REFERENCIA DE DIABETES

Estarán integradas en los hospitales de referencia (tercer nivel) y dependerán funcionalmente del Servicio o Sección de Endocrinología y Nutrición. Ofrecerán

asistencia en red a las unidades de diabetes dependientes de ésta y colaboración en red con el resto de unidades de referencia de diabetes.

Funciones

- Las asignadas a las unidades de diabetes del departamento sanitario.
- Asistencia continuada durante 12 horas en modalidad de hospital de día con cobertura a la población del departamento propio y a la perteneciente a la red de unidades de diabetes dependientes de ésta.
- Disponer de consultas interdisciplinares de diabetes y embarazo.
- Organización y realización de programas de máxima complejidad asistencial en colaboración con otros especialistas.
- Tratamiento y diagnóstico de las situaciones que no puedan ser abordadas en las unidades de diabetes por carecer de la acreditación o los medios necesarios.
- Tratamiento a las personas con diabetes y complicaciones incapacitantes, mediante técnicas no disponibles en las unidades de diabetes de los departamentos correspondientes.
- Tratamiento de la insuficiencia renal avanzada.
- Tratamiento de la isquemia arterial periférica y del pie diabético.
- Programas de rehabilitación en caso de complicaciones incapacitantes.
- Coordinación con las unidades de diabetes y con la unidad de diabetes pediátrica.
- Desarrollo de programas de investigación.
- Evaluación de la calidad asistencial.
- Participación en acciones de formación, docencia e investigación.
- Formación de personal experto en diabetes y educación diabetológica.
- Favorecer el trabajo multidisciplinar, con reuniones periódicas entre los distintos especialistas que participan en la atención de las personas con diabetes.

Medios

- Espacio físico necesario para el normal funcionamiento de la unidad.
- Zonas para hospitalización, consultas externas, educación diabetológica y soporte ofimático e informático.

Necesidades mínimas de la Unidad de Referencia

- Tres médicos o médicas de plantilla del Servicio/Sección de endocrinología y nutrición.
- Personal de enfermería con formación en diabetes (mínimo de tres).
- Consultores a tiempo parcial de otras disciplinas: dietética, cirugía vascular, oftalmología, cirugía ortopeda, podología, nefrología, obstetricia, psicología, etc.
- Personal sanitario en período de formación o reciclaje: medicina de familia, residentes (endocrinología, medicina interna, medicina familiar y comunitaria) y de enfermería.

Las unidades de referencia dispondrán de una unidad pediátrica para la asistencia de menores de 15 años con diabetes. La unidad pediátrica dependerá orgánicamente del servicio de pediatría y funcionalmente de la unidad de referencia de diabetes. El personal mínimo recomendado es:

- Dos pediatras expertos o expertas en diabetes.
- Personal de enfermería experto en diabetes (mínimo deseable dos).
- Consultores pediátricos a tiempo parcial: (dietética, cirugía vascular, oftalmología, cirugía ortopeda, podología, nefrología, obstetricia, psicología, etc.
- Resto de personal necesario, compartido con la unidad de referencia.

Las unidades de referencia pediátricas para la asistencia diabetológica serán acreditadas por el director o directora general de asistencia sanitaria, previa solicitud de los centros a través de la dirección hospitalaria. Las solicitudes de acreditación deben ser remitidas a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, y en ellas se deberá detallar la estructura organizativa, los recursos disponibles y las actividades que realizan en el paciente diabético.

Coordinación entre niveles asistenciales

a) La diabetes mellitus tipo 1 será controlada (figura 10):

- Por los médicos y médicas especialistas en endocrinología y nutrición, por razones de complejidad. Se recomiendan controles, al menos trimestralmente en la unidad de diabetes donde se establecerá el tratamiento adecuado y el control metabólico, así como la prevención y el tratamiento de las complicaciones crónicas en colaboración con otros especialistas.
- En atención primaria, a demanda, con especial atención a las situaciones que puedan propiciar descompensaciones agudas, así como su diagnóstico

precoz y tratamiento inicial, para posteriormente si fuera necesario se remitan a la unidad de diabetes o al servicio de urgencias del hospital.

b) La diabetes mellitus tipo 2 será atendida (figura 10):

- En atención primaria. Preferentemente las personas con diabetes mellitus tipo 2 serán atendidas en atención primaria, en base a su elevada prevalencia.
- En unidades de diabetes.
 - Cuando el o la paciente lo requiera,
 - En las situaciones de mal control crónico reiterado.
 - Falta de control de los factores de riesgo cardiovascular.
 - Presencia de complicaciones crónicas graves o con evolución rápida.
 - Ante descompensaciones agudas.
 - En aquellos casos que se precise de métodos diagnósticos complejos.
 - También se considerará en la situación de precisar terapia con insulina o progresión a pautas de administración más complejas.
 - Seguimiento de pacientes con terapia intensiva con insulina.
 - Diabetes inestable por uso de corticoides, quimioterapia o alta hospitalaria.

La asistencia en atención primaria se realizará de acuerdo con actuaciones protocolizadas según la ruta asistencial consensuada con la unidad de diabetes y basada en los procesos asistenciales integrados de diabetes. Las intervenciones se dirigirán a:

- Prevención y programas de detección.
- Diagnóstico y clasificación del paciente.
- Inicio del tratamiento dietético y farmacológico.
- Educación terapéutica en diabetes.
- Seguimiento de pacientes con revisión cada 6 meses si está bien controlado o controlada, o incluso más frecuente si se precisa.
- Remisión a la unidad de diabetes cuando sea necesario.

c) La diabetes gestacional y las mujeres con diabetes pregestacional deben ser controladas en la unidad de diabetes en colaboración con el Servicio de Obstetricia.

d) Las situaciones de diabetes secundarias que requieran tratamiento insulínico se remitirá a las unidades de diabetes.

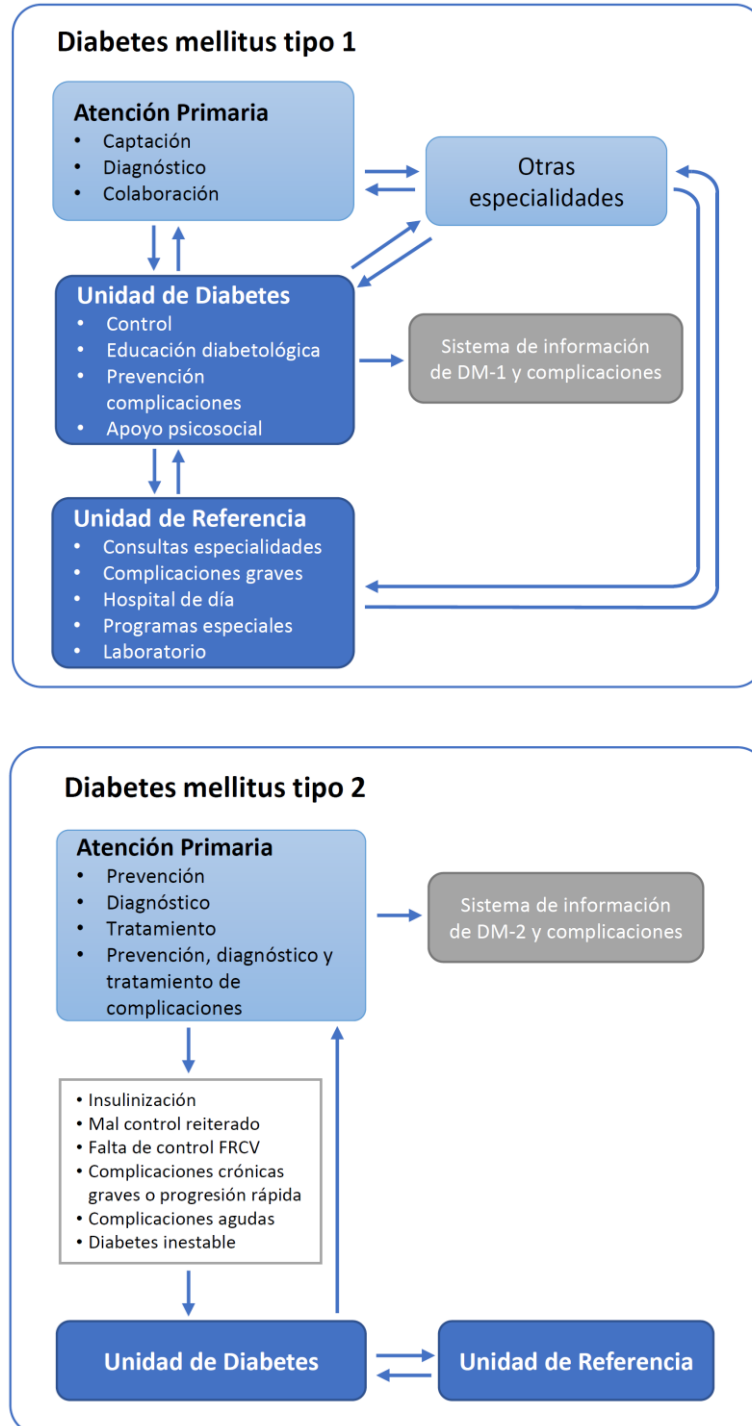


Figura 10. Coordinación entre niveles asistenciales

7.2.2.4. UNIDADES FUNCIONALES INTEGRADAS DE DIABETES

La línea 1 del IV Plan de salud 2016-2020 de la Comunitat Valenciana, *“Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima calidad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes”*, en el objetivo específico 1.1 *“Orientarse a los resultados en salud de la población”*, se destaca la necesidad de reorientar las funciones de los diferentes niveles y ámbitos asistenciales, para adecuar los servicios sanitarios a las necesidades de salud de la población. Para ello propone la acción 1.1. *“Reorganización asistencial de los departamentos para la atención integrada de pacientes crónicos con diseño de circuitos departamentales y supradepartamentales en procesos priorizados y teniendo como eje central al paciente”*.

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas más prevalentes y complejas que requiere de la asistencia y concurso de varios profesionales de la sanidad, del paciente y sus familiares a lo largo de la vida de las personas con diabetes. En base a estas condiciones la atención a la diabetes se beneficiaría de la integración de los esfuerzos para garantizar el abordaje integral y la continuidad de cuidados. Por ello es necesario trabajar en la integración de los recursos departamentales para reorientar la atención y que verdaderamente sea centrada en las personas con diabetes y sus familiares.

Se propone, pues, potenciar las unidades funcionales integradas de diabetes, las cuales estarán formadas por personal sanitario de atención primaria, de las unidades de diabetes y por otros profesionales del departamento. La integración entre atención primaria y las unidades de diabetes permitirá mejorar la comunicación entre niveles asistenciales y colectivos profesionales. De este modo se comparten objetivos y se reparten las tareas con la misma finalidad, se favorece el análisis conjunto de resultados y se promueve la autogestión con actividades compartidas encaminadas a mejorar los resultados de salud y la calidad de vida de las personas con diabetes.

Estructura y funciones

Núcleo médico. Las unidades funcionales integradas de diabetes deberán realizar las acciones necesarias para alcanzar los objetivos del plan de diabetes y establecer las mejoras con la finalidad de ofrecer continuidad asistencial de calidad:

- Médica o médico especialista en endocrinología y nutrición, que se corresponde con el coordinador o coordinadora de la unidad de diabetes, también ejercerá las tareas de coordinación de la unidad funcional integrada de diabetes del departamento.
- Un médico o médica especialista en medicina familiar y comunitaria por cada centro de salud del departamento, que además serán referentes y responsables en el centro de salud para los asuntos relacionados con la diabetes.

Núcleo de enfermería, para la organización de las actividades relacionadas con la asistencia por parte de estos profesionales y establecer la organización de la educación terapéutica en diabetes a través de programas estructurados y unificados, así como el diseño de programas de atención específicos:

- Responsable de enfermería de educación diabetológica de la unidad de diabetes.
- Un enfermero o enfermera de cada centro de salud.

Consultores, los cuales colaborarán para el desarrollo y evaluación de programas específicos de atención a la diabetes y desarrollo de proyectos de investigación:

- Endocrinólogos o endocrinólogas responsables de consultas monográficas de diabetes, pediatra con dedicación a la diabetes.
- Especialidades médicas implicadas en la atención a las personas con diabetes.
- Farmacéutica o farmacéutico de atención primaria.
- Cualquier profesional que se considere con un papel relevante para alcanzar el abordaje integral de la diabetes en el departamento.

El coordinador o coordinadora de la unidad funcional integrada convocará reuniones periódicas del núcleo central, recomendable al menos 2 al año, de las que se redactará acta y supervisará las actividades del núcleo de enfermería.

La persona coordinadora del núcleo de enfermería también habrá de convocar reuniones periódicas de este núcleo, recomendable al menos 2 al año, de las que también redactará acta

Las y los referentes de atención primaria (personal médico y de enfermería) transmitirán y difundirán en sus centros de salud, los planes de trabajo y el contenido de las reuniones, así como promocionarán el desarrollo de las acciones acordadas en sus respectivas zonas básicas de salud.

Se realizará una reunión anual conjunta de todos los miembros de la unidad funcional integrada de diabetes para revisión de la actividad y programación de objetivos y planificación de acciones para el siguiente periodo. (Figura 11).

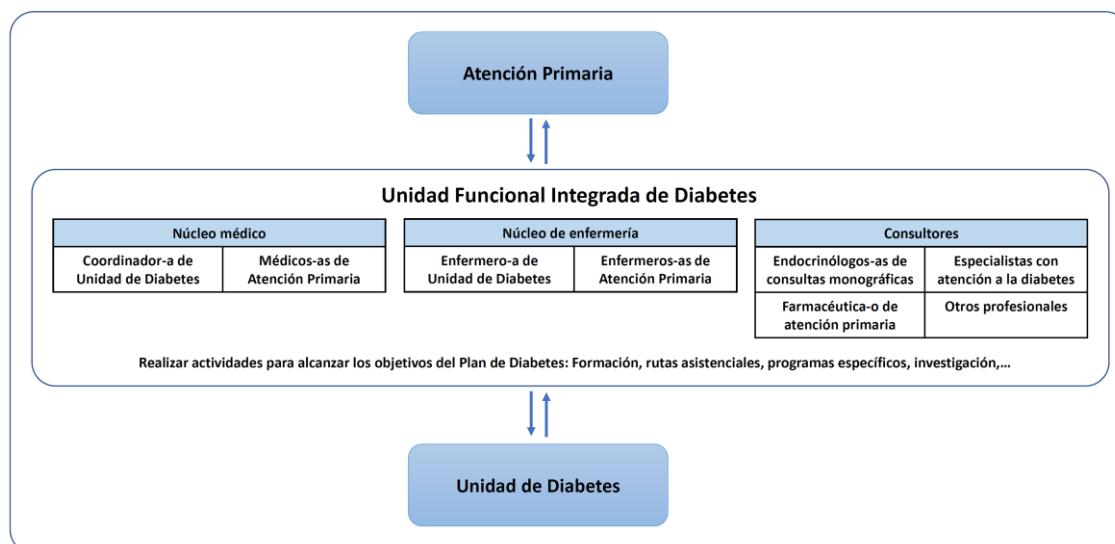


Figura 11. Unidad funcional integrada de diabetes.

7.2.3. ACTIVIDAD ASISTENCIAL

A continuación, se destacan los datos principales de morbilidad declarada asociados a la diabetes mellitus tipo 2 en nuestra Comunitat, según diagnóstico codificado en la historia clínica electrónica (Abucasis), referidos a 2016 a partir de Alumbra (tabla 4):

Comorbilidad	DM-2 con diagnóstico referido en Abucasis	% de hombres	% de mujeres
Nefropatía	2,5 %	54,65	45,35
Retinopatía	5,67%	51,70	48,30
Neuropatía	2%	55,74	44,26
Arteriopatía periférica	2,6%	58	42
Cardiopatía isquémica	5,37%	67,81	32,19
Accidente cerebrovascular	5,44	55	45
Hipoglucemia	42,57%	54,58	45,42

Tabla 4. Morbilidad asociada a DM-2 codificada en la historia clínica electrónica.

En general, excepto para hipoglucemia, el porcentaje de complicaciones comunicado es bajo, por lo que puede sugerirse un que en la historia clínica no se indican todos los diagnósticos de la comorbilidad asociada. Esta consideración se refuerza con las observaciones que se indican a continuación en la que en los últimos años aumenta la casuística comunicada (figuras 12 a 36).

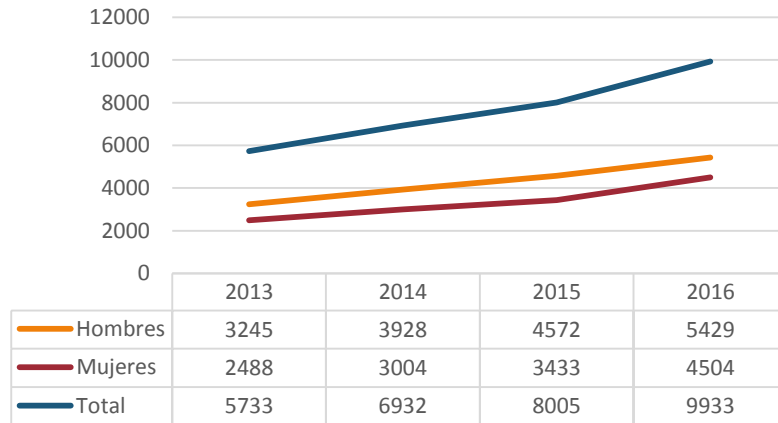


Figura 12. Población con DM-2 y nefropatía diabética referida en SIA. (Fuente Alumbra).

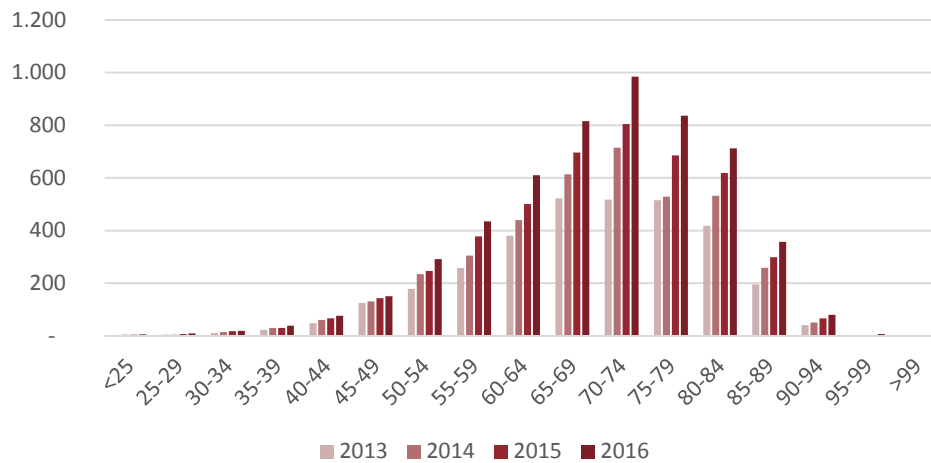


Figura 13. Distribución de la población de hombres con DM-2 y nefropatía diabética, según rango de edad. (Fuente alumbra).

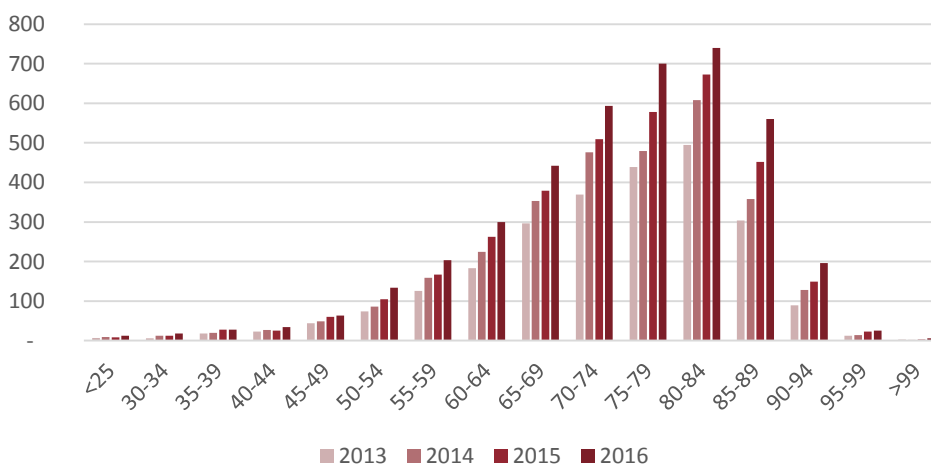


Figura 14. Distribución de la población de mujeres con DM-2 y nefropatía diabética, según rango de edad. (Fuente alumbra).

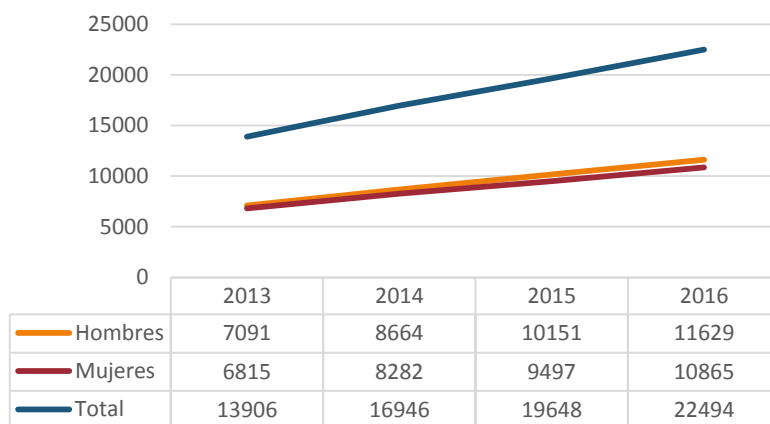


Figura 15. Población con DM-2 y retinopatía diabética referida en SIA. (Fuente Alumbra).

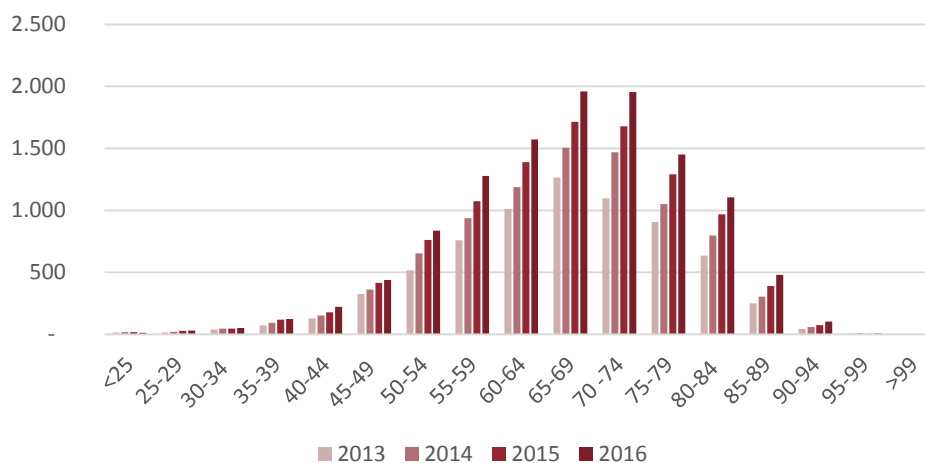


Figura 16. Distribución de la población de hombres con DM-2 y retinopatía diabética, según rango de edad. (Fuente alumbra).

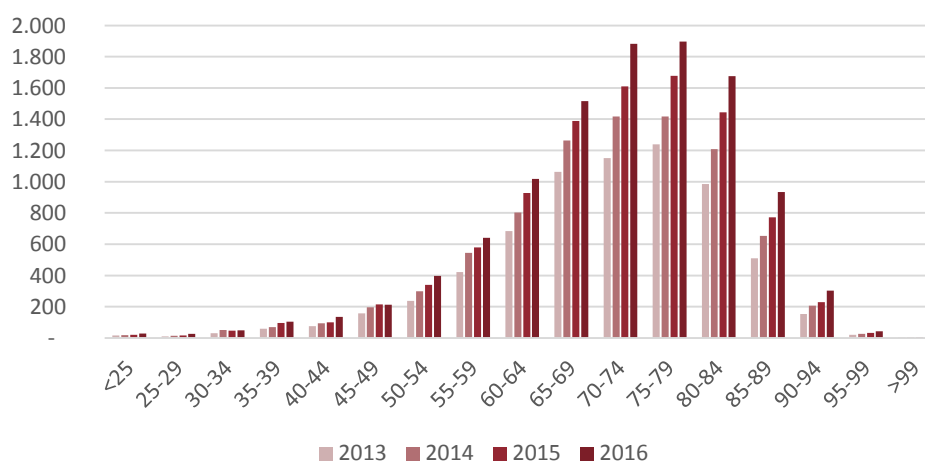


Figura 17. Distribución de la población de mujeres con DM-2 y retinopatía diabética, según rango de edad. (Fuente alumbra).

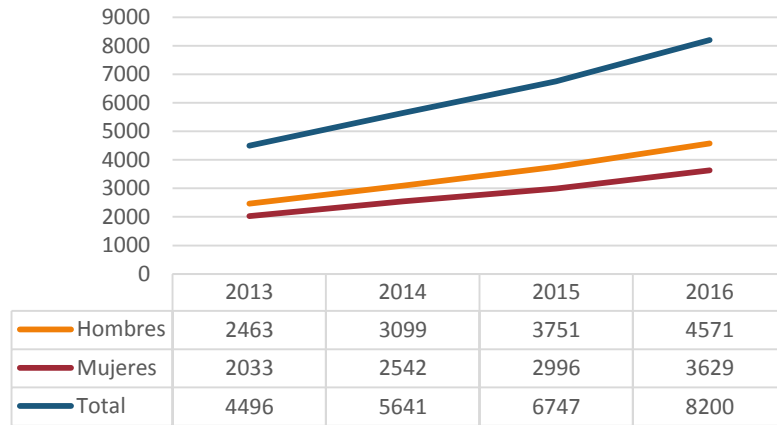


Figura 18. Población con DM-2 y neuropatía diabética referida en SIA. (Fuente Alumbra).

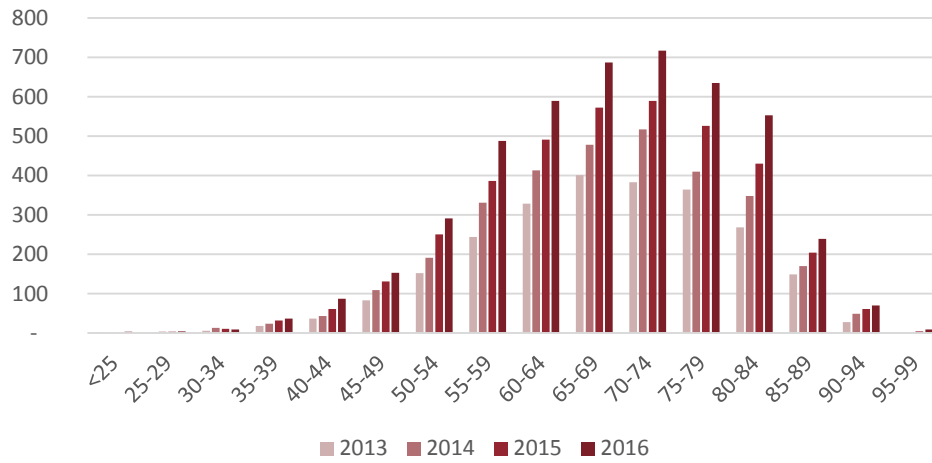


Figura 19. Distribución de la población de hombres con DM-2 y neuropatía diabética, según rango de edad. (Fuente alumbra).

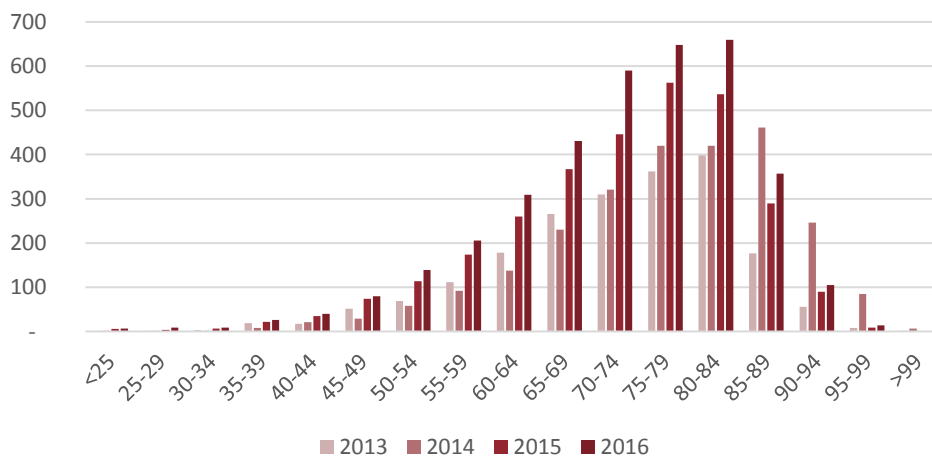


Figura 20. Distribución de la población de mujeres con DM-2 y neuropatía diabética, según rango de edad. (Fuente alumbra).

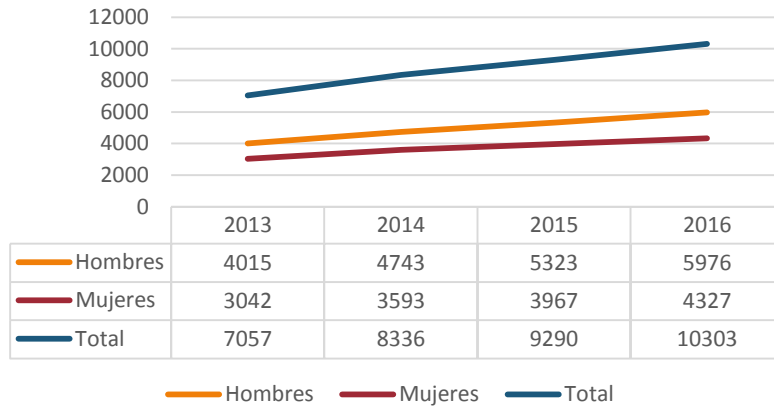


Figura 21. Población con DM-2 y arteriopatía periférica referida en SIA. (Fuente Alumbra).

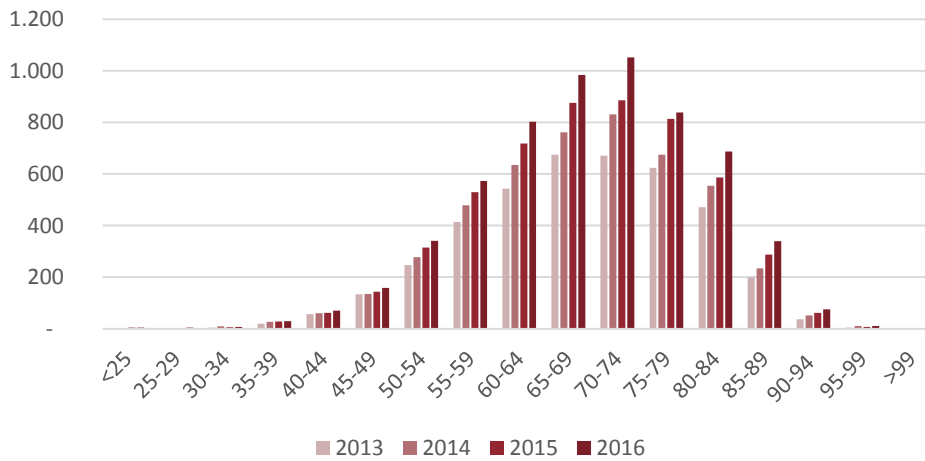


Figura 22. Distribución de la población de hombres con DM-2 y arteriopatía periférica, según rango de edad. (Fuente alumbra).

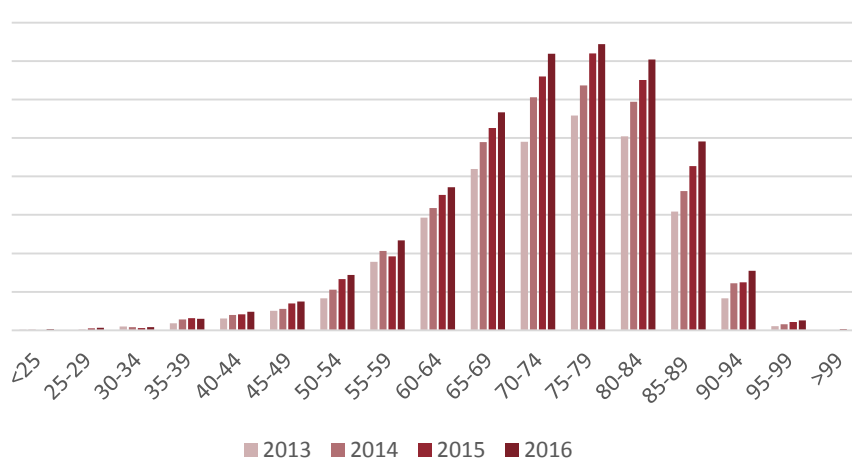


Figura 23. Distribución de la población de mujeres con DM-2 y arteriopatía periférica, según rango de edad. (Fuente alumbra).

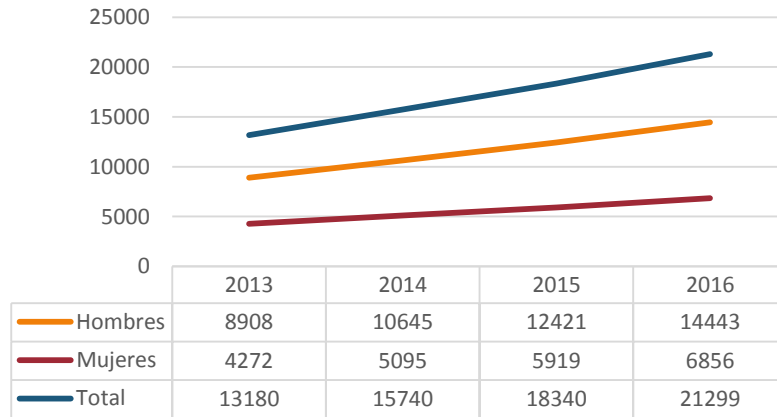


Figura 25. Población con DM-2 y cardiopatía isquémica referida en SIA. (Fuente Alumbra).

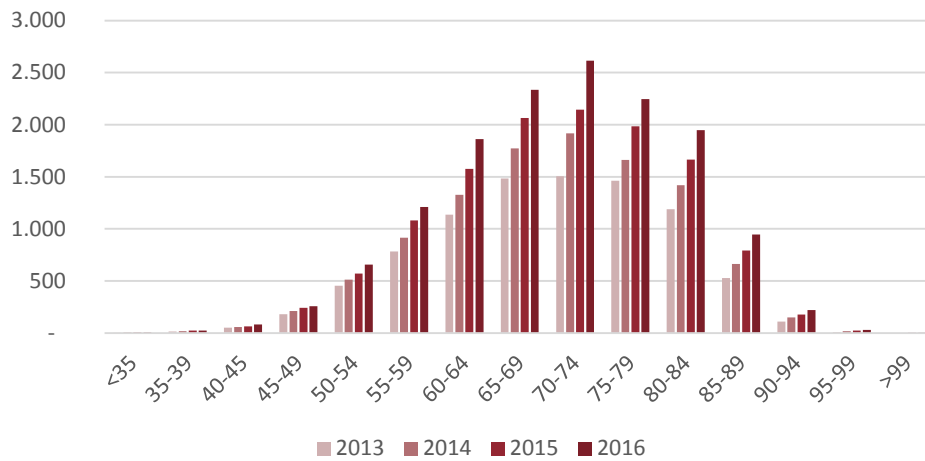


Figura 26. Distribución de la población de hombres con DM-2 y cardiopatía isquémica, según rango de edad. (Fuente alumbra).

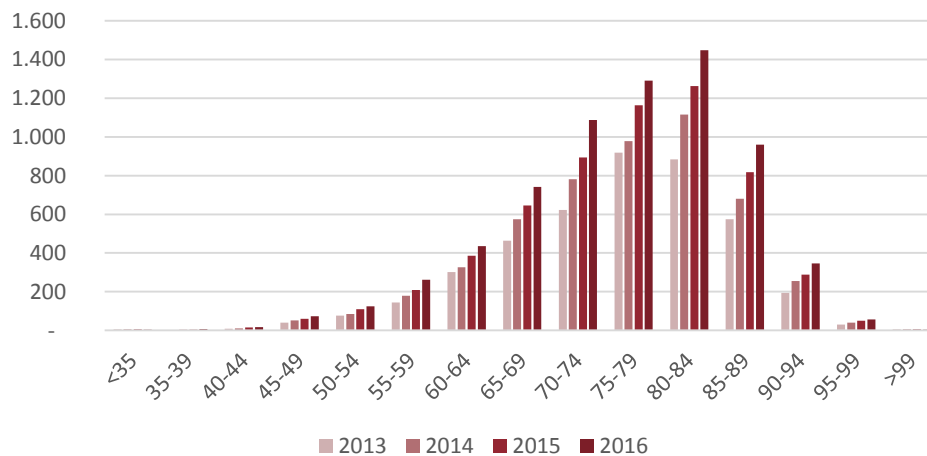


Figura 27. Distribución de la población de mujeres con DM-2 y cardiopatía isquémica, según rango de edad. (Fuente alumbra).

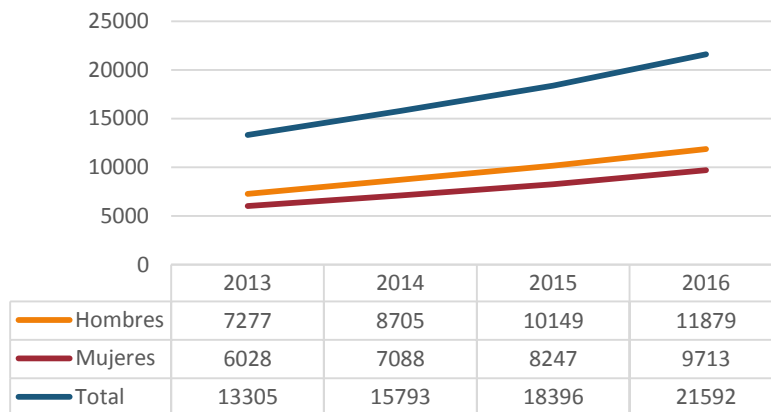


Figura 28. Población con DM-2 y accidente cerebrovascular referida en SIA. (Fuente Alumbra).

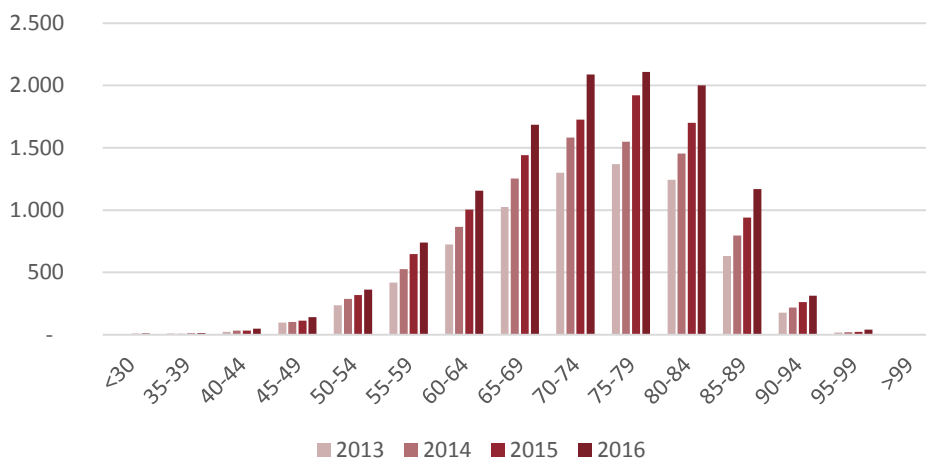


Figura 29. Distribución de la población de hombres con DM-2 y accidente cerebrovascular, según rango de edad. (Fuente alumbra).

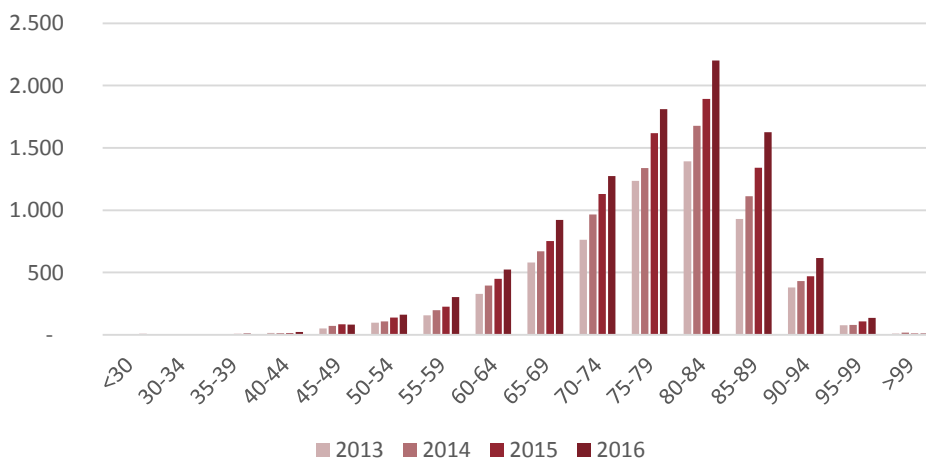


Figura 30. Distribución de la población de mujeres con DM-2 y accidente cerebrovascular, según rango de edad. (Fuente alumbra).

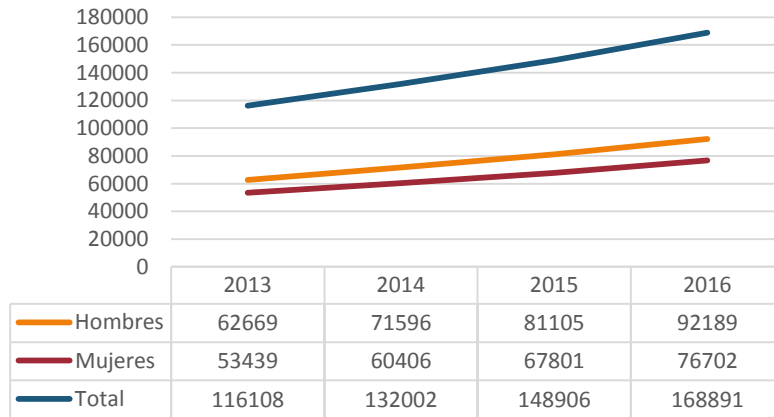


Figura 31. Población con DM-2 con hipoglucemias referida en SIA. (Fuente Alumbra).

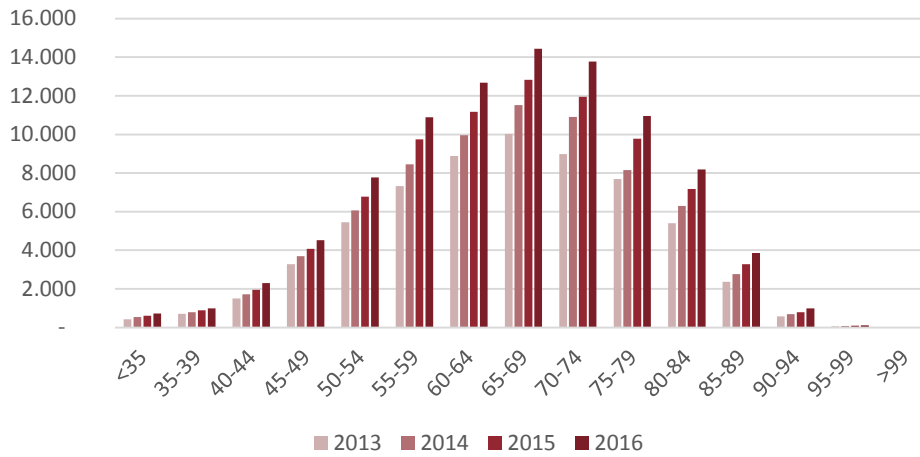


Figura 32. Distribución de la población de hombres con DM-2 e hipoglucemias, según rango de edad. (Fuente Alumbra).

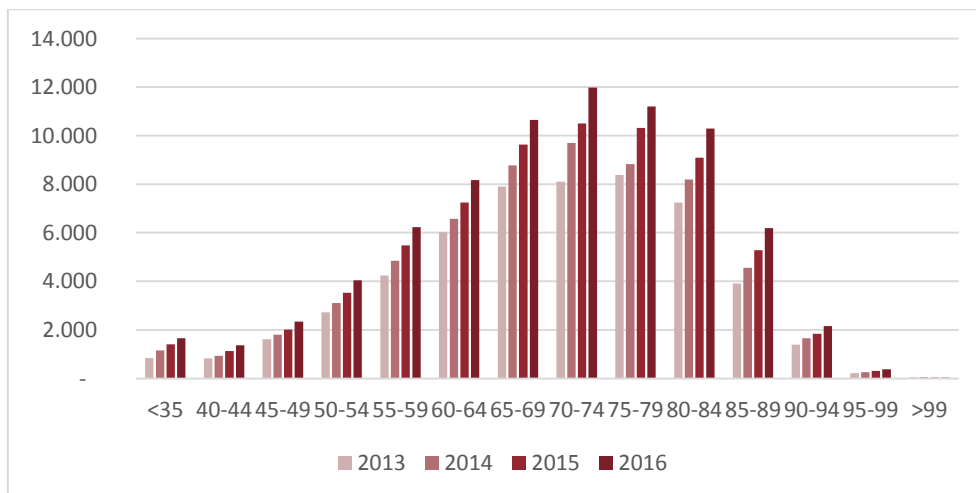


Figura 33. Distribución de la población de hombres con DM-2 e hipoglucemias, según rango de edad. (Fuente Alumbra).

La actividad de consultas ambulatorias de atención primaria para la diabetes mellitus tipo 2 aumenta progresivamente, en el último año cada paciente acudió una media de 9.8 consultas al año.

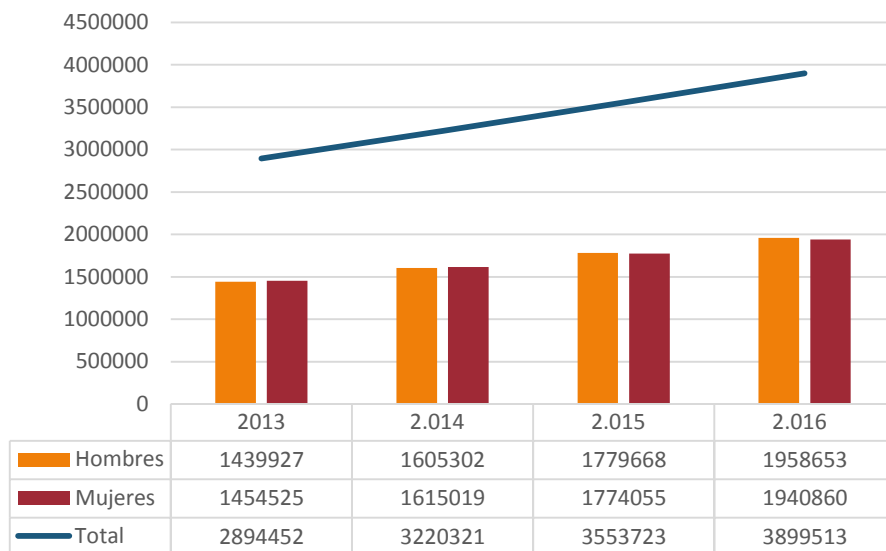


Figura 34. Actividad de consultas en atención primaria para DM-2. (Fuente Alumbra).

También se observa un incremento progresivo de asistencia ambulatoria en consultas para la diabetes mellitus tipo 1, con una media de 16,62 consultas anuales.

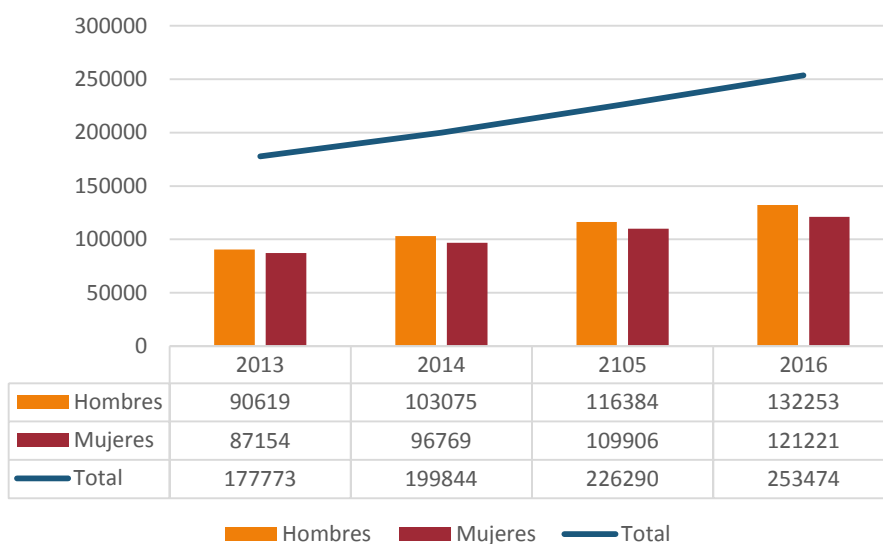


Figura 35. Actividad de consultas en atención primaria para DM-1. (Fuente Alumbra).

7.2.4. ANALISIS DAFO

Debilidades:

- Variabilidad en la práctica clínica.
- Ausencia de actualización del plan de diabetes previo.
- Escasez en la generalización del pacient actiu y del paciente experto en diabetes.
- Falta de difusión de los resultados de los indicadores entre los profesionales.
- Insuficiente participación de los profesionales en la gestión.
- Escasa formación de los profesionales en las aplicaciones de explotación de los resultados.
- Reducida implantación de programas de promoción de hábitos de vida saludables.
- Carencia de profesionales sanitarios con funciones sobre el manejo de la diabetes o sus complicaciones, de las disciplinas de la nutrición, podología o psicología.
- Limitada coordinación entre atención primaria y hospitalaria.
- Análisis de los datos generados por los sistemas de información insuficiente.

Amenazas:

- Incremento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad.
- Elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad en población infanto-juvenil.
- Envejecimiento de la población.
- Aumento progresivo de la prevalencia de diabetes.
- Patología crónica asociada a complicaciones crónicas.
- Crisis económica con repercusión sobre:
 - Los hábitos de alimentación de la población al prevalecer el criterio económico frente a las propiedades saludables de los productos

- Financiación comprometida para los recursos de salud.
- Sostenibilidad del sistema sanitario debido a los costes elevados de la diabetes.
- Fármacos cada vez más caros.
- Protagonismo de los fármacos frente a las modificaciones del estilo de vida saludables en el tratamiento.
- La asistencia en consulta consume tiempo laboral o de actividad académica a las personas con diabetes y sus familiares.
- Envejecimiento de los profesionales responsables de la educación terapéutica en las unidades de diabetes.

Fortalezas:

- Diabetes como problema de salud a partir del modelo de cuidados crónicos.
- Consideración de problema de salud prioritario.
- Concienciación social sobre la importancia de la diabetes.
- Planes autonómicos de diabetes previos.
- Legislación que avala la organización asistencial de la diabetes.
- Distribución asistencial departamental.
- Profesionales de atención primaria bien formados.
- Organización en unidades de diabetes y unidades de diabetes de referencia.
- Presencia de las asociaciones de personas con diabetes en la sociedad.
- Posibilidad de mejoras en la comunicación entre profesionales.
- Conocimientos de los profesionales.
- Organismo autonómico para la formación continua y continuada.
- Historia clínica electrónica común entre atención primaria y atención hospitalaria.
- Recursos informáticos de análisis y evaluación de la situación a nivel central y de usuario clínico.
- Impacto sobre los resultados de salud de la población.

Oportunidades:

- Colaboración entre instituciones en la promoción de hábitos saludables para la prevención de la obesidad y la diabetes mellitus.
- Actuación integrada con otros agentes comunitarios en la lucha contra la incidencia creciente de la diabetes.
- Redefinición del papel de las unidades de diabetes y unidades de referencia.
- Valorar la atención continuada en hospitales de día de diabetes y colaboración asistencial en red para ofrecer asistencia a aquellos centros que no puedan disponer de hospital de día de diabetes.
- Uso de las aplicaciones informáticas para analizar datos y difundir los resultados entre los profesionales.
- Promover la investigación clínica a través de la explotación de los recursos informáticos para su comunicación y elemento clave en la toma de decisiones en la planificación.
- Mejorar la comunicación entre profesionales.
- Promover la participación de profesionales y personas con diabetes en la planificación de las acciones futuras para la prevención y el control de la diabetes.
- Potenciar la integración entre atención primaria y las unidades de diabetes.
- Mejorar la comunicación con las personas con diabetes y sus familiares.
- Combatir las desigualdades y reducir la variabilidad en todos los ámbitos de la atención.
- Facilitar el desarrollo de rutas asistenciales basados en procesos asistenciales integrados.
- Elaboración de programas, protocolos y recomendaciones comunes.
- Facilitar el acceso de los avances en diabetes.
- Trabajar para el reconocimiento del o la profesional de enfermería con dedicación a la educación terapéutica en diabetes avanzada en las unidades de diabetes, con un nivel de formación y capacitación específico.
- Aprovechar las nuevas tecnologías de la información y la comunicación para dar respuesta a las nuevas necesidades de las personas con diabetes.
- Inclusión de herramientas informáticas de gestión de datos de glucemia en la historia clínica electrónica.

- Adaptar la historia clínica electrónica a las necesidades de la asistencia a la diabetes.
- Desarrollar nuevos modelos asistenciales basados en la telemedicina.
- Racionalizar y optimizar los recursos para mejorar la eficiencia y la eficacia y así contribuir a la sostenibilidad de la sanidad pública.
- Incorporar nuevos profesionales de la salud en las unidades de diabetes.
- Promover la formación continuada de diabetes entre los profesionales.
- Actualizar el Decreto 74/1995, (*de 2 de mayo, del Gobierno Valenciano, por el que se crea el Plan para la Asistencia Integral al Paciente Diabético en la Comunidad Valenciana*), para adecuarlo a las estructuras actuales de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

8. MISIÓN, VISION Y VALORES

8.1. MISIÓN

Trabajar para prevenir la aparición de nuevos casos de diabetes y dar respuesta a los retos que plantea la diabetes con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes de la Comunitat Valenciana, mediante una asistencia segura y eficiente, de forma integral e integrada, innovadora y considerando la sostenibilidad de la sanidad pública valenciana.

8.2. VISIÓN

Una Comunitat Valenciana defensora y promotora del estilo de vida mediterráneo, en la que se frena la tendencia creciente de los índices de exceso de peso y de diabetes.

La asistencia pública de elevada calidad científico-técnica, coordinada, equitativa y universal a las personas con diabetes, que satisfaga todas sus necesidades de salud. Conseguir que las personas con diabetes tengan una vida lo más parecida a las del resto que no tienen esta patología. Con todo ello, que los ciudadanos nos identifiquen como una organización de excelente calidad y comprometida con su misión, de la que el conjunto de profesionales se sientan parte fundamental del equipo de salud.

8.3. VALORES

Las personas

La atención centrada en las personas y no en la enfermedad, para ofrecerles acompañamiento y atención a las diferentes necesidades en todo el proceso, como consecuencia de la diabetes o sus complicaciones. La persona es parte del equipo asistencial y se la debe proveer de los recursos y conocimientos que la permitan participar con la autogestión en el control de la enfermedad.

Equidad

Equidad en los medios y resultados de salud, desde la reflexión sobre las necesidades de salud de todas las personas por cuestión de género, edad, lugar de residencia, clase social, país de origen, diversidad funcional o cualquier otra razón.

Universalidad

La asistencia sanitaria es un derecho de todas las personas y se debe garantizar el acceso a la misma.

Sostenibilidad

La eficiencia como objetivo de las políticas de la organización, basada en promover la coordinación entre niveles asistenciales y profesionales. El compromiso de otros agentes y sectores de la sociedad con la sanidad es otro soporte innovador para reforzar.

Compromiso

Con las personas con diabetes o en riesgo de padecerla y con los profesionales que prestan su esfuerzo a esta tarea.

Solidaridad

Con especial atención a las personas en situación de vulnerabilidad, para las que es preciso asegurar y mejorar la atención sanitaria.

Respeto

Respeto a los derechos de las personas, consideración de sus opiniones e invitación para hacerlas participes en la toma de decisiones responsables.

Responsabilidad

Las condiciones y problemas de salud que llevan a la aparición de la diabetes y sus complicaciones son una prioridad, con una orientación a resultados de salud.

Innovación

Fomentar nuevas formas de trabajo en equipo entre profesionales y con la comunidad.

Impulsar la investigación, el desarrollo y la transformación.

Coordinación

Facilitar el trabajo interdisciplinar, así como las sinergias en las relaciones entre profesionales, así como entre niveles asistenciales.

Participación

Se invita a participar del proyecto a los profesionales de la salud, los ciudadanos y entidades que tienen un papel relevante o pueden ser importantes en el abordaje de la diabetes, en un modelo basado en alianzas.

Transparencia

Trabajo en equipos multidisciplinares con representación de las asociaciones de personas con diabetes y familiares en todas las etapas del proyecto.

Proactividad

Anticipación para dar respuesta a las nuevas necesidades.

Calidad

Rigor basado en la mejor evidencia científica disponible para alcanzar la excelencia en la toma de decisiones y evaluación de la actividad a través de la investigación clínica de la información generada por la historia clínica electrónica.

Mejorar la visión que tiene la ciudadanía sobre la atención a los problemas relacionados con la diabetes y conseguir su máxima satisfacción.

Continuidad asistencial

Reorientación de la organización para ofrecer atención integral e integrada.

Formación

Compromiso en la docencia y la formación continuada.

9. LINEAS ESTRATÉGICAS, OBJETIVOS Y ACCIONES

9.1. LÍNEA ESTRATÉGICA 1: PREVENCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES.

Objetivos:

- 1.1. Mejorar el conocimiento y los recursos para la promoción de hábitos saludables.
- 1.2. Impulsar la participación ciudadana en la prevención del exceso de peso.
- 1.3. Promover entornos saludables para la prevención.

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica, que en su curso evolutivo y previamente a su establecimiento, pasa por una fase de prediabetes sobre una población con unos factores de riesgo identificables y que, con el paso de los años, se asocia a complicaciones crónicas que comprometen la calidad de vida de los pacientes y amenazan la expectativa de vida por la morbimortalidad cardiovascular a la que predispone con mayor riesgo, respecto a otras personas no diabéticas. Además, tanto la diabetes como de la prediabetes están infradiagnosticadas y existe un porcentaje elevado de personas con diabetes y mayor aun con prediabetes que lo desconocen. Trabajos de investigación previos han demostrado que del 15 al 30% de los pacientes con prediabetes desarrolla diabetes en los siguientes 5 años, si no se aplican medidas para evitarlo. Esta población de riesgo y este periodo previo al diagnóstico de la diabetes suponen una oportunidad para aplicar estrategias para su prevención.

El número de casos sigue en aumento, al igual que sucede en el resto de la geografía mundial, debido al envejecimiento de la población, los antecedentes previos de diabetes en la familia, pero, sobre todo, por los hábitos sedentarios y los cambios en el patrón de alimentación que al final resultan en sobrepeso y obesidad. La prevalencia de la diabetes va creciendo paralelamente a la prevalencia de este fenómeno, por lo que es una necesidad inaplazable tomar medidas para frenar la epidemia de obesidad y de diabetes. A ello hay que añadir la importancia creciente de la obesidad infantil, ya que supone un grupo de población que está abocado a la aparición de comorbilidades como la diabetes mellitus tipo 2 de forma precoz.

El nuevo Plan de Salud 2016-2020, tiene como uno de sus objetivos (objetivo 2.4) “frenar la tendencia creciente de la diabetes”. Los fundamentos para lograr este objetivo son la detección precoz de los casos de diabetes o en riesgo de padecerla, la educación terapéutica y la alfabetización sanitaria de aquellas personas más desfavorecidas. Adicionalmente, el Plan de Salud incluye entre sus principios fundamentales “fomentar entornos que propicien estilos de vida saludables, teniendo en cuenta el principio de salud en todas las políticas”, encontrándose igualmente la

promoción de una alimentación saludable y de la actividad física entre los objetivos de promoción de la “salud en todas las edades”.

La intervención precoz en aquellas personas con riesgo de desarrollar diabetes ha demostrado que la aparición de esta enfermedad puede evitarse o al menos retrasar el momento de aparición. Las experiencias previas en Finlandia, Suecia, India, China y Estados Unidos con programas de prevención de la diabetes han conseguido reducir la aparición de nuevos casos de la enfermedad hasta el 60%. Estos programas se basan en la detección del riesgo de desarrollar la diabetes y puesta en marcha de acciones para fomentar la actividad física y mejorar la dieta en aquellas personas con mayor riesgo. En nuestro medio, la dieta mediterránea, patrimonio de nuestra Comunitat compartido con otras regiones, no solo ha demostrado la reducción de la aparición de nuevos casos de diabetes y de problemas cardiovasculares, sino que también mejora otros aspectos de la salud, por lo que se postula como el modelo a promocionar.

El programa de prevención de diabetes se orienta sobre cuatro colectivos:

- Escolares y adolescentes.
- Personas adultas sanas.
- Población adulta con exceso de peso.
- Sujetos con prediabetes, definida como alteración de la glucemia en ayunas o elevación de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) en rango no diabético.

Asimismo, el programa de prevención de diabetes se vincula con las acciones de promoción de la salud (alimentación, actividad física) mediante la creación de entornos saludables, incluyendo intervenciones sobre políticas alimentarias, movilidad, comedores colectivos, espacios educativos, residenciales o de ocio, como ejemplos de factores y entornos determinantes de la alimentación y de la actividad física en la población. En todas las intervenciones se considerará siempre la atención reforzada sobre las poblaciones y colectivos en situación de mayor vulnerabilidad para evitar y/o reducir las desigualdades en salud.

Se propondrán las acciones comunitarias y sanitarias para abordar las necesidades de los diferentes colectivos, de tal forma que hay que promocionar los hábitos saludables en el conjunto de la sociedad, teniendo en cuenta además otros factores como son las etapas de la vida, los culturales, la situación social y laboral, el medio familiar y los recursos disponibles.

Para intentar alcanzar a esa diana de población y conseguir estos objetivos, el ámbito de actuación excede al sanitario, por lo que se precisa una acción global coordinada y en colaboración con otras entidades como la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte, organizaciones municipales, asociaciones vecinales, mediadores interculturales, colegios profesionales, asociaciones de personas con diabetes, sociedades científicas y agentes sociales, también se valorará la colaboración

con entidades públicas o privadas comprometidas con la salud, alimentación y el deporte. Se considera prioritaria la participación ciudadana a través del paciente experto como sujeto dinamizador de las acciones de salud, y con esta finalidad se potenciará la cooperación con el programa del Pacient Actiu.

La intervención se plantea como educación terapéutica grupal, estructurada en temas, encaminada a la promoción de la educación hacia una vida más saludable, centrada en la prevención del sobrepeso y la obesidad, la alimentación saludable y la actividad física. La finalidad será destacar y reforzar los hábitos saludables en las personas sanas y en las que ya presentan exceso de peso, además se dirigirán acciones para alcanzar reducciones de peso de entre el 5 y el 10%. Para aquellas personas más desfavorecidas con un nivel de alfabetización menor, se desarrollará un programa específico apoyado en el anterior, pero con una formación basada, sobre todo, en ilustraciones y experiencias.

Para la implementación del programa se va a desarrollar un plan de formación específico dirigido a los profesionales y a los agentes participantes en las actividades de educación. Además, se elaborarán los indicadores para medir el impacto de las acciones realizadas.

Las intervenciones dirigidas a promover una alimentación sana y la actividad física en todas las edades para prevenir la diabetes se vincularán con los programas que incluya la futura Estrategia de Alimentación y Actividad Física, promovido desde la Dirección General de Salud Pública de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública.

Equipo de trabajo:

- Pediatría.
- Medicina familiar y comunitaria.
- Endocrinología.
- Salud pública.
- Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte.
- Enfermeras y enfermeros de atención primaria.
- Educadoras y educadores de diabetes.
- Sociedades científicas.
- Mediadores interculturales y agentes sociales.
- Asociaciones de personas con diabetes.
- Entidades locales (ayuntamientos, asociaciones vecinales, ...).

- Entidades públicas o privadas comprometidas con la salud, la alimentación y el deporte.
- Programa del Pacient Actiu.

Objetivo general 1.1. Mejorar el conocimiento y los recursos para la promoción de hábitos saludables	
Objetivos específicos	Acciones
1.1.1. Proveer a los profesionales sanitarios de los conocimientos y recursos necesarios para realizar la promoción de una alimentación saludable y de la práctica de actividad física en población sana y, especialmente, en población de riesgo.	1.1.1.1. Acciones formativas dirigidas al personal sanitario para mejorar el conocimiento acerca de los factores de riesgo asociados a DM-2 y su prevención.
	1.1.1.2. Potenciación de actividades de formación sobre prescripción de actividad física en atención primaria.
	1.1.1.3. Dotación de recursos en tiempo de consulta y en espacios físicos que permitan a los profesionales sanitarios realizar promoción de alimentación saludable y actividad física. (programas de educación grupal, programas de cocina saludable, programa de prevención obesidad, etc.) en el entorno sanitario y con la ayuda de los municipios.
1.1.2. Protocolizar la intervención en educación en alimentación saludable y actividad física de la población con patrones alimentarios de riesgo y con sedentarismo o con exceso de peso.	1.1.2.1. Elaborar e implementar protocolos estructurados de actuación en materia de alimentación saludable y actividad física para la prevención y tratamiento del sobrepeso y la obesidad, con especial atención a personas y grupos en riesgo de vulnerabilidad socioeconómica.
	1.1.2.2. Promoción en atención primaria de la prescripción de consejos en alimentación saludable y práctica de actividad física, en todas las etapas de la vida en población sana, así como en los diferentes estados de salud.
	1.1.2.3. Integración en la historia clínica electrónica de los recursos comunitarios disponibles para la promoción de actividad física.
	1.1.2.4. Implantación de la prescripción de actividad física en los centros de atención primaria a través de la historia clínica electrónica.
1.1.3. Incorporar y monitorizar los hábitos de alimentación y actividad física, y sus determinantes en salud, en los sistemas de información sanitarios.	1.1.3.1. Incluir los datos de peso, talla, índice de masa corporal y perímetro de la cintura en la historia clínica.
	1.1.3.2. Incorporar variables de alimentación y actividad física en la historia clínica informatizada de atención primaria.
	1.1.3.3. Monitorizar los hábitos de alimentación y actividad física y sus determinantes en salud a través de los sistemas de información sanitarios.
	1.1.3.4. Sincronizar datos de app salud (wearable health) de la Conselleria u otros con historia clínica electrónica.
1.1.4. Coordinación y participación con las iniciativas de la Conselleria y otros organismos públicos.	1.1.4.1 Participar en las diferentes estrategias y planes de la Generalitat Valenciana para la promoción de la alimentación saludable y la actividad física.

Objetivo general 1.2. Impulsar la participación ciudadana en la prevención del exceso de peso.	
Objetivos específicos	Acciones
OE 1.2.1. Apoyar e impulsar la participación ciudadana.	1.2.1.1. Estimular la implicación y participación de la población en acciones de promoción de hábitos saludables en la prevención del exceso de peso.
	1.2.1.2. Colaborar con los representantes de los ciudadanos en la elaboración de material audiovisual para la promoción de hábitos saludables de alimentación y de actividad física.
	1.2.1.3. Difusión de las acciones y actividades desarrolladas a través de la web de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública y sus canales de comunicación.
	1.2.1.4. Estimular la participación ciudadana en el programa del Pacient Actiu.
	1.2.1.5 Estimular el desarrollo para la comunidad de proyectos o talleres grupales de alimentación saludable y/o ejercicio físico con la implicación de pacientes expertos.

Objetivo general 1.3. Promover entornos saludables para la prevención.	
Objetivos específicos	Acciones
OE 1.3.1. Fomentar el desarrollo de entornos habitables que faciliten la prevención del sobrepeso y la obesidad.	1.3.1.1. Colaborar con las entidades municipales en el fomento de espacios públicos para favorecer la práctica de la actividad física.
	1.3.1.2. Estimular el aprovechamiento de los espacios públicos destinados a la práctica de la actividad física por las personas teniendo en cuenta el factor de equidad para que sea accesible a toda la ciudadanía.
	1.3.1.3. Promover el estudio y diseño de entornos habitables que faciliten la adherencia a los hábitos saludables.
O.E.1.3.2. Fomentar el desarrollo de entornos educativos que faciliten la prevención del sobrepeso y la obesidad	1.3.2.1. Colaborar con la Consellería de Educación, Investigación, Cultura y Deporte para fomentar la actividad física en los Centros de Enseñanza Primaria y en los Institutos de Educación Secundaria.

9.2. LÍNEA ESTRATÉGICA 2: DIAGNÓSTICO PRECOZ

Objetivos generales:

- 2.1. Diagnóstico precoz.
- 2.2. Detección precoz de la diabetes mellitus tipo 1.
- 2.3. Detección precoz de la diabetes mellitus tipo 2.

El IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana para conseguir el objetivo 2.4. *“Frenar la tendencia creciente de la diabetes”* propone la acción 2.4.2. *“Mejorar la detección precoz de la diabetes tipo 2 mediante el cribado oportunista en personas adultas con HTA, sobrepeso u obesidad que acuden a atención primaria, adaptando el sistema de información de atención primaria (Abucasis) para proporcionar alertas en la población susceptible de cribado”*.

La diabetes mellitus es una patología que durante años puede ser asintomática, y por ello puede retrasarse su diagnóstico, pero que mientras tanto, puede condicionar el desarrollo de complicaciones crónicas. También se dispone de un método de diagnóstico de laboratorio sencillo, la determinación de glucemia y de HbA1c. El diagnóstico precoz de la diabetes en las personas que la padecen, pero lo desconocen, permite una intervención terapéutica y en los casos de riesgo también se pueden activar medidas de prevención para evitar o retrasar su aparición. Hay que considerar también, que las pruebas a realizar o los resultados de las pruebas no suponen ningún riesgo para los sujetos sanos. Por estos motivos se plantea el cribado de la diabetes como camino para identificar a las personas con diabetes o con riesgo de sufrirla. La estrategia de diabetes propone las acciones para que estas personas puedan beneficiarse de los programas de prevención o terapéuticos.

Las acciones por desarrollar para la detección de las personas con riesgo de desarrollar son:

- a) Campaña informativa sobre el riesgo de diabetes y su prevención.
- b) Cribado oportunista en las consultas de atención primaria de aquellas personas con factores de riesgo para desarrollar diabetes.
- c) Cribado oportunista en el laboratorio.
 - En pacientes con exploraciones analíticas procedentes de atención primaria, sin diagnóstico activo de Diabetes Mellitus (por código CIE-9), con edad superior a 45 años y sin HbA1c realizada en los últimos tres años, con glucosa >110 mg/dL y disponibilidad de muestra de EDTAk3 para la realización de HbA1c.

- En personas más jóvenes, entre 20 y 45 años en caso de dislipemia si cumplen estas condiciones: Pacientes con exploraciones analíticas procedentes de atención primaria, sin diagnóstico activo de Diabetes Mellitus (por código CIE-9), con edad entre 25- 45 años y sin HbA1c realizada en los últimos tres años. Se realiza el cribado en caso de Glucosa >100 mg/dL, Triglicéridos >250 mg/dL o HDL<35mg/dL, y disponibilidad de muestra de EDTAk3 para la realización de HbA1c. (El punto de corte de la glucemia es 100 mg/dl en este algoritmo por ser el más rentable a esta población)

Ambas estrategias de laboratorio serían complementarias a la anterior.

- d) Elaboración de la vía para que la información generada en el laboratorio llegue al equipo de atención primaria correspondiente e incluya a las personas en el programa de prevención de diabetes o de diabetes si la tuviera.

Aquellas personas con riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 a las que se les solicitará cribado de diabetes en atención primaria son:

- a) Adultos con índice de masa corporal (IMC) ≥ 25 kg/m² con otro factor de riesgo:
 - Hábito sedentario.
 - Familiares de primer grado con diabetes tipo 2.
 - Mujeres con antecedentes de diabetes gestacional o partos de hijos con peso al nacer >4.5 kg.
 - Mujeres con síndrome de ovario poliquístico.
 - Hipertensión arterial (tensión arterial $\geq 140/90$, o en terapia antihipertensiva).
 - Cifras de colesterol HDL <35 mg/L y/o triglicéridos >250 mg/L.
 - Antecedentes de enfermedad cardiovascular.
 - HbA1c $\geq 6\%$ -6.4%.
 - Glucosa alterada en ayunas (Glucemia ≥ 110 -125 mg/dl).
 - Tolerancia anormal a la glucosa (Glucemia 140-199 mg/dl, a las 2 horas tras sobrecarga oral con 75 g de glucosa).
 - Otras condiciones clínicas asociadas a resistencia a la insulina: obesidad extrema, acantosis nigricans, esteatosis hepática no alcohólica).

- Tratamientos con fármacos hiperglucemiantes (antipsicótico, corticoides).
 - Personas pertenecientes a grupos étnicos de riesgo.
- b) A todas las personas a partir de los 45 años.
- c) En niños y adolescentes se considera grupo de riesgo, a aquellos que presentan sobrepeso u obesidad en asociación a 2 o más factores de riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. En esta población el exceso de peso se valora como IMC >Percentil 85 o Peso >120% del peso ideal para la talla. Además de los factores de riesgo descritos en población adulta habrá de tener en cuenta:
- Antecedentes maternos de diabetes gestacional o de macrosomía fetal.
 - Niños pequeños para la edad gestacional, son niños que al nacer tienen un peso y/o longitud por debajo del percentil 3 correspondiente a su población de referencia, género y edad gestacional.

Las razones para considerar el cribado oportunista de laboratorio se basan en la experiencia del Departamento de Salud Alicante-Sant Joan d'Alacant contrastada con varias publicaciones en revistas científicas. Según los resultados obtenidos por el Servicio de Análisis Clínicos si se extrapolan a la población de toda la Comunitat Valenciana se estima que:

- En el 15% de los casos se confirme el diagnóstico de diabetes, lo cual representaría 95 nuevos casos/mes, mientras que en los que no se confirme inicialmente, pero presenten glucosa >125 mg/dl o HbA1c >6.4% a los que se realice seguimiento a los 3 meses, se añadiría un 30 % de nuevos diagnósticos, es decir otros 38 nuevos casos/mes. El coste estimado son 4.5 euros por nuevo caso y unos 6658 euros/mes.
- En el caso considerar el cribado en personas más jóvenes con dislipemia aterógena la estrategia acierta en el 33% de los casos para nuevos diagnósticos de diabetes lo cual representaría 43 nuevos casos por mes, con un coste por nuevo paciente diagnosticado de 2.5 euros y unos 426 euros /mes.
- La combinación de estas estrategias obtendría 176 casos nuevos por mes lo cual representaría 2114 nuevos casos de diabetes mellitus tipo 2 casos por año.

De las acciones de cribado resultarán 3 categorías, que serán abordadas con 3 estrategias diferentes: Personas sin diabetes y riesgo bajo de desarrollarla en los próximos años, personas con diabetes y riesgo alto de desarrollar diabetes en los próximos años y personas con diabetes:

1. A las personas sin diabetes y riesgo bajo de diabetes se las abordará desde una estrategia poblacional, donde se las informará de las medidas generales para mantener una dieta saludable y una actividad física regular.
2. Las personas sin diabetes, pero con riesgo elevado de poder sufrirla, serán invitadas a participar en el programa de prevención de la diabetes.
3. Aquellas personas con diabetes de reciente diagnóstico serán incluidas en el programa de diabetes del centro de atención primaria.

Actualmente no se dispone de mecanismos de prevención de la diabetes mellitus tipo 1, y los niños, niñas, jóvenes o personas adultas que la manifiestan, pueden desarrollar la complicación aguda de cetoacidosis diabética si se retrasa el diagnóstico. Por ello las medidas en esta línea irán encaminadas a facilitar el conocimiento de los síntomas y signos que han de hacer sospechar esta entidad para prevenir esta grave complicación.

Equipo de trabajo:

- Medicina familiar y comunitaria.
- Endocrinología.
- Laboratorio.
- Salud Pública.
- Enfermería.
- Educadoras y educadores de diabetes.
- Responsables de SIA.
- Asociaciones de personas con diabetes.

Objetivo general 2.1. Diagnóstico precoz de diabetes mellitus tipo 2	
Objetivos específicos	Acciones
OE 2.1.1. Mejorar el conocimiento de los factores de riesgo involucrados en la aparición de la DM-2.	2.1.1.1. Acciones formativas en el personal sanitario sobre los factores de riesgo asociados a DM-2.
	2.1.1.2. Colaboración con los agentes de la comunidad que tengan relación con las personas con factores de riesgo de diabetes.
OE 2.1.2. Reducir el porcentaje de pacientes con DM-2 no diagnosticada	2.1.2.1. Cribado oportunista en la consulta de atención primaria en población con factores de riesgo de DM-2.
	2.1.2.2. Cribado oportunista automatizado de laboratorio en personas mayores de 45 años con glucemia alterada sin diagnóstico previo de DM-2.
	2.1.2.3. Cribado oportunista automatizado de laboratorio en

	personas entre 20 y 45 años con hipertrigliceridemia y HDL bajo sin diagnóstico previo de DM-2.
	2.1.2.4. Diseño de vía clínica para la atención de los pacientes diagnosticados mediante el cribado oportunista de laboratorio.

Objetivo general 2.2. Detección precoz de la diabetes mellitus tipo 1.	
Objetivos específicos	Acciones
OE 2.2.1. Mejorar el conocimiento de los factores de riesgo y manifestaciones de la diabetes mellitus tipo 1.	2.2.1.1. Acciones divulgativas a la población de las manifestaciones clínicas de la diabetes mellitus tipo 1.
	2.2.1.2. Acciones divulgativas y formativas dirigidas al personal docente de las manifestaciones clínicas de la diabetes mellitus tipo 1.
OE.2.2.2. Reducir la demora en la atención en casos de nuevos diagnósticos de DM-1	2.2.2.1. Elaboración de ruta clínica en caso de hiperglucemia en población infanto-juvenil.
	2.2.2.2. Elaboración de ruta clínica en caso de hiperglucemia asociada a síntomas cardinales, en mayores de 18 años, objetivada en atención primaria.

Objetivo general 2.3. Detección precoz de la diabetes mellitus tipo 2	
Objetivos específicos	Acciones
OE 2.3.1. Mejorar el conocimiento de los factores de riesgo y manifestaciones de la diabetes mellitus tipo 2.	2.3.1.1. Acciones divulgativas a la población de los factores de riesgo de DM-2.
	2.3.1.2. Acciones divulgativas a la población de las manifestaciones clínicas de la DM-2.
OE.2.3.2. Reducir la demora en la atención en casos de nuevos diagnósticos de DM-2.	2.3.2.1. Colaboración con activos de la sociedad para detectar los pacientes con riesgo de DM-2 y acudan a atención primaria.
	2.3.2.2 Colaboración con activos de la sociedad para detectar los pacientes con síntomas de DM-2 y acudan a atención primaria.

9.3. LÍNEA ESTRATÉGICA 3: PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DIABETES MELLITUS

Objetivos:

- 3.1. Establecer mejoras en la organización y coordinación entre especialidades y niveles asistenciales para conseguir una atención integral e integrada a las personas con diabetes mellitus.
- 3.2. Disminuir la variabilidad en la asistencia a las personas con diabetes.
- 3.3. Mejorar los resultados de salud y la calidad de vida de las personas con diabetes, así como reducir la morbilidad y la mortalidad de las personas con diabetes.
- 3.4. Empoderar al paciente con diabetes mellitus en la gestión de su enfermedad a través de la educación terapéutica en diabetes.
- 3.5. Optimizar y homogeneizar los registros relacionados con la diabetes.

El IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana, para conseguir el objetivo 2.4, *“Frenar la tendencia creciente de la diabetes (frenar la tendencia creciente de la diabetes, facilitando una atención integrada de calidad y adaptada a las necesidades de cada paciente, mediante actuaciones coordinadas a cargo de equipos multidisciplinares de atención primaria y hospitalaria)”*, propone las siguientes acciones:

- 2.4.1 *“Implantar e implementar el Proceso Asistencial Integrado para pacientes con Diabetes Mellitus en los departamentos de salud”*.
- 2.4.3. *“Desplegar en los sistemas de información herramientas para facilitar el seguimiento efectivo y continuado de los pacientes (alertas, actividades a realizar...)”*.
- 2.4.4. *“Garantizar la oferta sistemática reglada de educación terapéutica individual y de educación grupal en autocuidados a todos los pacientes desde el inicio del diagnóstico, impartida por educadores/as adecuadamente entrenados/as”*.
- 2.4.6. *“Favorecer la transición reglada de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 desde pediatría a medicina de familia de atención primaria y endocrinología al finalizar la edad pediátrica”*.
- 2.4.7. *“Facilitar en atención primaria, la detección precoz de las complicaciones de la diabetes tales como la nefropatía, pie diabético y retinopatía”*.

Para el desarrollo de estas acciones se propone el diseño e implantación de la ruta asistencial integrada departamental de diabetes como vía para garantizar la asistencia universal y el medio para evitar las inequidades en la atención a las personas con diabetes. Estas rutas se adaptarán a las características de cada departamento, basadas en los procesos asistenciales integrados que se elaborarán desde la Estrategia de Diabetes, para asegurar que la atención sea centrada en el paciente, por procesos, equitativa, coordinada entre niveles asistenciales y dirigida desde las unidades de diabetes en estrecha comunicación con atención primaria.

La gestión por procesos de los problemas relacionados con la diabetes favorece la asistencia estructurada para alcanzar la calidad necesaria, basada en la mejor evidencia científica con el consenso de los profesionales y evaluable a partir de los indicadores.

La asistencia al paciente con diabetes mellitus tipo 2 se desarrollará principalmente en atención primaria. Por otro lado, la atención al paciente con diabetes mellitus tipo 1 se realizará fundamentalmente en las unidades de diabetes y las unidades de diabetes pediátricas. En la ruta de diabetes se describirán las acciones a llevar a cabo en cada visita y el rol de cada profesional, se adecuarán los objetivos terapéuticos y las recomendaciones adecuadas para su consecución. Del mismo modo, el programa de educación terapéutica será consensuado para su implementación en cualquier centro sanitario y se proveerá del soporte documental correspondiente. La educación terapéutica capacita a las personas para la toma de decisiones responsables y las empodera en la autogestión de su diabetes. Se elaborarán los procesos asistenciales para diabetes mellitus tipo 1 en la infancia, diabetes mellitus tipo 1 en adultos y ruta de diabetes mellitus tipo 2.

Las etapas del proceso asistencial de la diabetes mellitus tipo 1 en la infancia a evaluar son:

1. Visita de diagnóstico: cuidados iniciales.
2. Visitas de continuidad de cuidados.
3. Visitas de eventos relacionados con la diabetes:
 - 3.1. Inicio de terapia con insulina.
 - 3.2. Falta de control en el objetivo de HbA1c.
 - 3.3. Hipoglucemia.
 - 3.4. Control de los factores de riesgo cardiovascular.
 - 3.5. Descompensación hiperglucémica.
 - 3.6. Cetoacidosis diabética.
 - 3.7. Ingreso hospitalario y transición al alta.

3.8. Hospital de día.

3.9. Institucionalización.

El proceso asistencial de la diabetes mellitus tipo 1 en adultos constara de los siguientes puntos:

1. Visita de diagnóstico: cuidados iniciales.
2. Visitas de continuidad de cuidados.
3. Visitas de eventos relacionados con la diabetes:
 - 3.1. Falta de control en el objetivo de HbA1c.
 - 3.2. Control de los factores de riesgo cardiovascular.
 - 3.3. Inicio de terapia con insulina.
 - 3.4. Hipoglucemia.
 - 3.5. Descompensación hiperglucémica.
 - 3.6. Complicaciones oculares.
 - 3.7. Complicaciones renales.
 - 3.8. Complicaciones neuropáticas.
 - 3.9. Pie de riesgo.
 - 3.10. Cardiopatía isquémica.
 - 3.11. Enfermedad cerebrovascular.
 - 3.12. Isquemia arterial periférica.
 - 3.13. Disfunción eréctil.
 - 3.14. Cetoacidosis diabética.
 - 3.15. Ingreso hospitalario y transición al alta.
 - 3.16. Hospital de día.
 - 3.17. Institucionalización.

Los aspectos por desarrollar en el proceso asistencial de la diabetes mellitus tipo 2 son:

1. Visita de diagnóstico: cuidados iniciales.

2. Visitas de continuidad de cuidados.
3. Visitas de eventos relacionados con la diabetes:
 - 3.1. Falta de control en el objetivo de HbA1c.
 - 3.2. Control de los factores de riesgo cardiovascular.
 - 3.3. Obesidad.
 - 3.4. Inicio de terapia con insulina.
 - 3.5. Hipoglucemia.
 - 3.6. Descompensación hiperglucémica.
 - 3.7. Complicaciones oculares.
 - 3.8. Complicaciones renales.
 - 3.9. Complicaciones neuropáticas.
 - 3.10. Pie de riesgo.
 - 3.11. Cardiopatía isquémica.
 - 3.12. Enfermedad cerebrovascular.
 - 3.13. Isquemia arterial periférica.
 - 3.14. Disfunción eréctil.
 - 3.15. Síndrome hiperglucémico hiperosmolar no cetósico.
 - 3.16. Ingreso hospitalario y transición al alta.
 - 3.17. Gestión del paciente diabético de alta complejidad (
 - 3.18. Hospital de día.
 - 3.19. Institucionalización.

Con la finalidad de facilitar el acceso a las consultas hospitalarias y acortar los tiempos asistenciales se priorizará la integración de atención primaria con la asistencia hospitalaria a través de la consulta no presencial. En este sentido y cuando la visita presencial sea necesaria en el ámbito de la atención hospitalaria y para evitar visitas repetidas evitables a los pacientes, que pueden suponer interrupción de sus actividades u obligaciones cotidianas, familiares, educativas o laborales, se evaluará la posibilidad de establecer circuitos de alta resolución y el hospital de día de diabetes.

En el proceso asistencial de la diabetes se incluirá la educación terapéutica en diabetes, la cual es un elemento clave y esencial para el control de la diabetes en todas las etapas de su evolución, así se reconoce por todas las sociedades científicas y entidades sanitarias con planes de actuación en diabetes. Antes de la aparición de la diabetes, la promoción de hábitos alimentarios saludables y de práctica de actividad física regular puede evitar o retrasar su aparición. Cuando ya se ha realizado el diagnóstico, en las fases iniciales, puede ayudar al paciente a alcanzar un adecuado control glucémico sin necesidad de tomar fármacos antidiabéticos, mientras que en etapas más evolucionadas de la diabetes puede contribuir a conseguir los objetivos de HbA1c con menor número de fármacos. El hecho de evitar o reducir el número de fármacos puede mejorar la adherencia terapéutica y permitir mantener un adecuado control metabólico, sobre todo al inicio de la diabetes, lo cual es prioritario para reducir las complicaciones crónicas. La educación terapéutica empodera al paciente de los recursos para la autogestión y autocuidados de su diabetes y lo hace responsable de sus resultados de salud, ambas capacidades son esenciales para evitar la progresión de la enfermedad y el ascenso de nivel de complejidad asistencial en el contexto de la cronicidad. Se recomienda que se realice siguiendo un programa estructurado que cubra sus necesidades con un lenguaje apropiado para su comprensión y con entrega del material correspondiente. Es primordial que la educación y los mensajes que se transmiten sean comunes en cualquier ámbito asistencial para evitar confusiones y alcanzar el objetivo propuesto. Por estos motivos se propone establecer los programas de educación terapéutica comunes y consensuados en todo el territorio autonómico, pero adecuados a cada nivel asistencial y al objetivo terapéutico pactado, así como la provisión del material documental necesario. Para la prevención se promoverán acciones comunitarias y en atención primaria prevalecerán las sesiones de educación grupal.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que participa del modelo de cronicidad y niveles de complejidad. La aproximación de la diabetes desde este punto de vista permite adecuar los recursos a las necesidades, tanto asistenciales como educativas, considerando en cada nivel los agentes o profesionales más adecuados para alcanzar los objetivos, en el que se le ofrece un papel protagonista al paciente en los autocuidados a través de la educación terapéutica en diabetes, sobre todo en los niveles de menor complejidad, siempre con la finalidad de conservar o mejorar su estado de salud y evitar la progresión a niveles de mayor complejidad. En el nivel 0, personas sanas o en riesgo de desarrollar diabetes, el objetivo principal será la promoción de la salud, para evitar la obesidad y la aparición de la diabetes, el ámbito de actuación será el comunitario. En el nivel 1, en el que se encuentran los pacientes con diabetes y sin complicaciones crónicas, la finalidad es evitar la progresión de la enfermedad y la aparición de complicaciones, el espacio sanitario principal será en atención primaria. El nivel 2, definido por los pacientes de moderada complejidad y mayor riesgo de complicaciones, precisan la integración de la asistencia primaria con especialistas hospitalarios, sobre todo con endocrinología a través de las unidades de diabetes y el objetivo primordial será la progresión de las complicaciones. Por último, el nivel 3 que supone el menor número de pacientes, pero los más complejos con riesgo elevado de ingresos hospitalarios y consultas en urgencias, necesariamente

precisan la integración con el hospital y con diferentes especialidades, sobre todo endocrinología y medicina interna.

Para garantizar un registro de calidad en los sistemas de información, que asegure una evaluación, ajustada a la situación real del impacto de las intervenciones, con los indicadores adecuados, se recomendará un listado de códigos de diagnóstico médico y de actuaciones de enfermería, que faciliten su monitorización y consecuentes acciones de mejora.

Dado que la comunicación es clave para la integración entre atención primaria y el nivel hospitalario y esta es un requisito para la optimización de la asistencia y los recursos sanitarios, se proponen medidas como el acceso común a la historia clínica electrónica entre niveles asistenciales y la comunicación entre niveles y la planificación de las acciones locales en el seno de la unidad funcional integrada de diabetes.

Equipo de trabajo diabetes mellitus tipo 1 infanto-juvenil:

- Pediatría.
- Endocrinología.
- Enfermeras y enfermeros educadores de diabetes.
- Asociaciones de personas con diabetes.
- Subdirección General de Evaluación de la Gestión Asistencial
- Trabajo social

Equipo de trabajo de diabetes mellitus tipo 1 en adultos:

- Medicina familiar y comunitaria.
- Endocrinología.
- Enfermeras y enfermeros de educadores de diabetes.
- Enfermeras y enfermeros de atención primaria.
- Nefrología, oftalmología, cirugía cardiovascular, cardiología, neurología, otros especialistas que se propongan.
- Asociaciones de personas con diabetes.
- Subdirección General de Evaluación de la Gestión Asistencial.
- Trabajo social.

Equipo de trabajo diabetes mellitus tipo 2:

- Medicina familiar y comunitaria.
- Endocrinología.
- Enfermeras y enfermeros educadores de diabetes.
- Enfermeras y enfermeros de atención primaria.
- Nefrología, oftalmología, cirugía cardiovascular, cardiología, neurología, medicina interna, otros especialistas que se propongan.
- Asociaciones de personas con diabetes.
- Subdirección General de Evaluación de la Gestión Asistencial.
- Trabajo social.

Objetivo general 3.1. Establecer mejoras en la organización y coordinación entre especialidades y niveles asistenciales para conseguir una atención integral e integrada a las personas con diabetes mellitus.	
Objetivos específicos	Acciones
OE 3.1.1. Definir los recursos asistenciales para la atención de la diabetes mellitus.	3.1.1.1. Definición de la estructura y cartera de servicios de la Atención Primaria en el abordaje de la diabetes.
	3.1.1.2. Definición de la estructura y cartera de servicios de las unidades de diabetes.
	3.1.1.3. Definición de la estructura y cartera de servicios de las unidades de diabetes de referencia.
	3.1.1.4. Definición de la estructura y cartera de servicios de las unidades funcionales integradas de diabetes. (UFID).
OE 3.1.2. Mejorar la coordinación entre profesionales y entre niveles asistenciales.	3.1.2.1. Creación de las UFID departamentales.
	3.1.2.2. Potenciar la comunicación y participación en el seno de las UFID.
	3.1.2.3. Promover las actividades entre niveles asistenciales en el ámbito de la UFID.
O.E. 3.1.3. Mejorar la coordinación interdepartamental.	3.1.3.1. Elaboración del mapa de recursos por departamento.
	3.1.3.2. Favorecer el trabajo en red entre departamentos.
	3.1.3.3. Fomentar la comunicación entre departamentos para identificar acciones y actividades que ya se están llevando a cabo en algún centro y que puedan ser beneficiosas para el resto.

Objetivo general 3.2. Disminuir la variabilidad en la asistencia a las personas con diabetes.	
Objetivos específicos	Acciones
OE 3.2.1. Elaboración y desarrollo de los procesos asistenciales integrados (PAI) en DM-1 y DM-2.	3.2.1.1. Elaboración de los procesos asistenciales integrados en DM-2 y DM-1.
	3.2.1.2. Difusión y formación dirigida a los profesionales de los PAI de diabetes.
	3.2.1.3. Diseño de la ruta asistencial de DM-2 y DM-1 en cada departamento, basadas PAI de diabetes.

Objetivo general 3.3. Mejorar los resultados de salud y la calidad de vida de las personas con diabetes, así como reducir la morbilidad y la mortalidad de las personas con diabetes.	
Objetivos específicos	Acciones
OE 3.3.1. Fomentar la adhesión de los profesionales a las recomendaciones de la ruta de diabetes.	3.3.1.1. Evaluar el grado de cumplimiento de las recomendaciones de la ruta asistencial de DM en cada departamento.
	3.3.1.2. Implicar en la gestión a las UFID para mejorar el grado de cumplimiento de las recomendaciones de la ruta de DM.
OE.3.3.2. Estimular la adherencia terapéutica.	3.3.1.1. Desarrollar medidas para mejorar la adherencia terapéutica a las recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas de la diabetes y los factores de riesgo cardiovascular.
	3.3.1.2. Controlar la adherencia terapéutica a las recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas.
OE. 3.3.3. Evaluar el impacto de la reducción de variabilidad y la mejora de la adherencia terapéutica.	3.3.3.1. Analizar los resultados de control de la diabetes y los factores de riesgo cardiovascular, incidencia de complicaciones y mortalidad.

Objetivo general 3.4. Empoderar al paciente con diabetes mellitus en la gestión de su enfermedad a través de la educación terapéutica en diabetes.	
Objetivos específicos	Acciones
OE 3.4.1. Asegurar una educación terapéutica en diabetes, común y de calidad, en toda la Comunitat.	3.4.1.1. Elaboración del programa de educación terapéutica en mellitus tipo 1 infanto-juvenil y de adultos.
	3.4.1.2. Elaboración del programa de educación terapéutica en diabetes mellitus tipo 2.
	3.4.1.3. Difusión y formación de los manuales de educación terapéutica en diabetes dirigida a profesionales.
	3.4.1.4. Implementar intervenciones educativas en los centros de toda la Comunitat Valenciana.
	3.4.1.5. Participación imprescindible de profesionales de enfermería en el desarrollo de las intervenciones educativas en los centros de la Comunitat Valenciana.
	3.4.1.6. Adaptación de agendas de enfermería a las recomendaciones consensuadas en los programas de educación terapéutica.
OE 3.4.2. Facilitar el acceso a los profesionales del material de educación terapéutica en diabetes.	3.4.2.1. Integrar el material de educación terapéutica en diabetes en los recursos digitales corporativos.
	3.4.2.2. Fomentar el uso del material de educación

	terapéutica en diabetes.
OE 3.4.3. Favorecer la implicación de las personas con diabetes en la adquisición de habilidades para la autogestión de la diabetes.	3.4.3.1. Colaborar con los pacientes a través de las asociaciones de personas con diabetes en la elaboración de material educativo y divulgativo para su difusión por ellos.
	3.4.3.2. Promocionar las actividades de autocuidados en diabetes dentro del programa del Pacient Actiu.

Objetivo general 3.5. Optimizar y homogeneizar los registros relacionados con la diabetes	
Objetivos específicos	Acciones
OE 3.5.1. Mejorar los registros de datos relacionados con la diabetes.	3.5.1.1. Selección y normalización de los códigos CIE más apropiados para la asignación diagnóstica y posterior elaboración del catálogo CIE relacionado con la diabetes.
	3.5.1.2. Difusión del catálogo CIE relacionado con la diabetes.
	3.5.1.3. Formación dirigida a los profesionales a través de la unidad funcional integral de diabetes en el catálogo de diagnósticos CIE relacionados con la diabetes.
OE 3.5.2. Facilitar el registro de los datos de la diabetes en la historia clínica.	3.5.2.1. Colaboración con SIA para la adaptación de la historia clínica electrónica y facilite la recogida de datos relacionados con la diabetes.

9.4. LINEA ESTRATÉGICA 4: DIABETES Y GESTACIÓN

Objetivos:

- 4.1. Mejorar la atención a la mujer embarazada con diabetes pregestacional.
- 4.2. Mejorar la atención a la mujer con diabetes gestacional.
- 4.3. Promoción de la lactancia materna.

La diabetes gestacional es el problema médico más frecuente que aparece durante la gestación, aproximadamente entre el 7% y el 14% de las gestaciones, en tanto que el 0.3% de los embarazos son en mujeres con diabetes pregestacional. Ambas situaciones pueden afectar la salud materna y fetal, aunque es esta última la que más complicaciones ocasiona e incluso amenaza la vida del feto.

Los resultados de salud de madre y descendencia se pueden mejorar si se realizan las intervenciones adecuadas. En el caso de la diabetes pregestacional la planificación preconcepcional con atención intensiva especializada y seguimiento estrecho con adecuado control glucémico durante el periodo de gestación puede evitar las complicaciones.

El programa de atención a las mujeres con diabetes gestacional se establece para cubrir los siguientes puntos:

- Información a todas las mujeres en edad fértil para mantener hábitos de vida saludables y evitar el exceso de peso.
- Cribado universal de diabetes gestacional.
- Ruta asistencial de la diabetes gestacional.
- Recomendaciones acerca de la dieta y actividad física, recomendaciones de autocontroles de glucemia capilar y objetivos terapéuticos.
- Cuidados intraparto y postparto.
- Evaluación de la hipoglucemia neonatal o de otras complicaciones del recién nacido.
- Revaluación postparto de la situación del metabolismo hidrocarbonado.

En las mujeres con diabetes pregestacional, es necesario la consulta preconcepcional para garantizar un control adecuado de la diabetes previo a la gestación, así como la evaluación de posibles complicaciones relacionadas con la

diabetes. El programa de atención a las mujeres con diabetes pregestacional ha de ofrecer cobertura a estos aspectos:

- Consulta preconcepcional.
- Ruta asistencial de la diabetes pregestacional.
- Recomendaciones acerca de la dieta y actividad física, recomendaciones de autocontroles de glucemia capilar y objetivos terapéuticos.
- Cuidados intraparto y postparto.
- Evaluación de la hipoglucemia neonatal o de otras complicaciones del recién nacido.
- Revaluación postparto de las necesidades terapéuticas.

Las mujeres con antecedentes de diabetes gestacional presentan un elevado riesgo de volver a manifestar diabetes gestacional en sucesivos embarazos, o bien de desarrollar diabetes tipo 2 a edad más avanzada. Es por ello que, aunque la reevaluación postparto del metabolismo glucídico indique que no muestra diabetes en ese momento, se debe promover la participación de la mujer en programas de prevención y control de la obesidad. En este sentido, y como acción preventiva de la obesidad, la lactancia materna previene la obesidad y la diabetes mellitus en la madre, además, también ejerce acciones beneficiosas sobre la prevención del exceso de peso en la descendencia, por lo que es preciso promover la lactancia materna y facilitar las condiciones para que pueda prolongarse.

Equipo de trabajo:

- Medicina familiar y comunitaria.
- Endocrinología.
- Obstetricia.
- Salud Pública.
- Enfermeras y enfermeros educadores de diabetes.
- Enfermeras y enfermeros de atención primaria.
- Matronas.

Objetivo general 4.1. Mejorar la atención a la mujer embarazada con diabetes pregestacional.	
Objetivos específicos	Acciones
OE 4.1.1. Promoción de los hábitos saludables.	4.1.1.1. Colaborar en la Estrategia de Alimentación Saludable y Actividad Física.
OE 4.1.2. Disminuir la variabilidad en la atención a la diabetes pregestacional.	4.1.2.1. Elaboración de los procesos asistenciales para la atención a la mujer embarazada con diabetes pregestacional.
	4.1.2.2. Definición del programa de educación terapéutica.
	4.1.2.3. Facilitar la comunicación entre niveles asistenciales.
	4.1.2.4. Realizar consulta preconcepcional.
	4.1.2.5. Elaboración de la guía de cuidados periparto.
	4.1.2.6. Evaluación de la hipoglucemia neonatal y de otras complicaciones del recién nacido.
	4.1.2.7. Revaluación de las necesidades del tratamiento antidiabético postparto.
	4.1.2.8. Difusión de las recomendaciones a los profesionales.

Objetivo general 4.2. Mejorar la atención a la mujer embarazada con diabetes gestacional.	
Objetivos específicos	Acciones
OE 4.2.1. Promoción de los hábitos saludables en la mujer gestante.	4.2.1.1. Colaborar en la Estrategia de Alimentación Saludable y Actividad Física.
	4.2.1.2. Desarrollar la guía con Información a todas las mujeres en edad fértil para mantener hábitos de vida saludables.
OE 4.2.2. Disminuir la variabilidad en la atención a la diabetes gestacional.	4.2.2.1. Elaboración de los procesos asistenciales para la atención a la mujer embarazada con diabetes gestacional.
	4.2.2.2. Definición del programa de educación terapéutica.
	4.2.2.3. Facilitar la comunicación entre niveles asistenciales.
	4.2.2.4. Realizar cribado universal de diabetes gestacional.
	4.2.2.5. Elaboración de la guía de cuidados periparto.
	4.2.2.6. Evaluación de la hipoglucemia neonatal y de otras complicaciones del recién nacido.
	4.2.2.7. Revaluar la situación de la alteración del metabolismo hidrogenocarbonado postparto.
	4.2.2.8. Difusión de las recomendaciones a los profesionales.

Objetivo general 4.3. Promoción de la lactancia materna.	
Objetivos específicos	Acciones
OE 4.3.1. Promoción de la lactancia materna por los profesionales.	4.3.1.1. Redactar el documento de promoción de la lactancia materna en mujeres con diabetes gestacional o pregestacional dirigido a profesionales.
	4.3.1.2. Difusión y formación a profesionales.
OE 4.3.2. Promoción de la lactancia materna a las mujeres con diabetes gestacional o pregestacional.	4.3.2.1. Difusión de la guía de consejos saludables y de lactancia materna dirigida a mujeres con diabetes gestacional y pregestacional.

9.5. LINEA ESTRATÉGICA 5: OPTIMIZACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

Objetivos:

- 5.1. Evaluar y facilitar el acceso a las nuevas terapias y tecnologías que puedan mejorar los cuidados, resultados de salud y la calidad de vida de las personas con diabetes.
- 5.2. Velar por el uso racional de los tratamientos farmacológicos.
- 5.3. Impulsar iniciativas para el desarrollo de la Diabetes 2.0 en la Comunitat Valenciana.

Asistimos al reto actual de la aparición de nuevas tecnologías, innovaciones y terapias que pueden facilitar los cuidados de la diabetes, mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes y permitir alcanzar mejores resultados en los objetivos terapéuticos. Otra consideración positiva viene dada por la variedad de fármacos antidiabéticos, pues permite hacer recomendaciones más adecuadas a cada paciente. Sin embargo, la difusión de las novedades, generalizada gracias a las tecnologías de la información y comunicación y el apremio en ocasiones que se genera para su aplicación, debe ser evaluada prudentemente.

En este contexto, el desarrollo tecnológico está generando nuevas demandas y en esta dirección emerge el “e-paciente”. La diabetes es una patología que permite la conexión y comunicación del paciente con su médico, médica, enfermero o enfermera para telemonitorización y asistirlo en la autogestión de la enfermedad, acciones con un impacto social relevante. Pero, no solo por esta capacidad de respuesta inmediata entre pares, sino porque, además, dota de la posibilidad de habilitar recursos para la consulta y autogestión, facilita la divulgación de información adecuada y noticias relevantes a la comunidad y también posibilita la interacción y participación ciudadana, que pueden aumentar el grado de empoderamiento del paciente y también su nivel de motivación.

La situación económica actual, que compromete la sostenibilidad de los recursos sanitarios públicos, unido al contexto tecnológico y científico descrito, exige una evaluación y uso racional de los mismos para garantizar que se ofrecen las mejores opciones terapéuticas a aquellas personas que más beneficio pueden obtener en cada situación. La colaboración entre profesionales, sociedades científicas, asociaciones de personas con diabetes y autoridades es un elemento clave para la priorización, implementación y toma de decisiones responsables. La corresponsabilidad para establecer los criterios que permitan desarrollar el acceso a estas novedades ha de ser un elemento de cohesión entre los beneficiarios y todos los agentes que participamos en la asistencia a las personas con diabetes.

Los resultados de estas evaluaciones deben basarse fundamentalmente en la evidencia clínica y la seguridad, pero considerando también los estudios de coste-eficacia. Como consecuencia de ello, se elaborarán las recomendaciones que permitirían optimizar el acceso y expansión de estas innovaciones. Es necesaria la evaluación periódica con los indicadores pertinentes para comprobar si las indicaciones y recomendaciones de uso, son adecuadas o no, o bien precisan modificaciones según la experiencia que se vaya obteniendo.

Equipo de trabajo:

- Pediatría.
- Medicina familiar y comunitaria.
- Endocrinología.
- Farmacia.
- Educadoras y educadores de diabetes.
- Enfermeras y enfermeros de atención primaria.
- Asociaciones de personas con diabetes.
- Farmacia.

Objetivo general 5.1. Evaluar y facilitar el acceso a las nuevas terapias y tecnologías que puedan mejorar los cuidados, resultados de salud y la calidad de vida de las personas con diabetes	
Objetivos específicos	Acciones
OE 5.1.1. Facilitar el acceso a nuevas terapias y tecnologías.	5.1.1.1. Creación de grupos de trabajo multidisciplinares para la evaluación, priorización y asesoramiento de nuevas terapias y tecnologías.
	5.1.1.2. Asesoramiento a la Direcciones Generales correspondientes en la toma de decisiones.
OE 5.1.2. Evaluación de las nuevas terapias y tecnologías.	5.1.2.1. Evaluación de los resultados de las iniciativas aprobadas.
	5.1.2.2. Difusión de los resultados

Objetivo general 5.2. Velar por el uso racional de los tratamientos farmacológicos.	
Objetivos específicos	Acciones
OE 5.2.1. Favorecer el uso racional de los tratamientos farmacológicos.	5.2.1.1. Creación del subcomité multidisciplinar de posicionamiento terapéutico en diabetes.
	5.2.1.2. Redacción de documentos con las pautas para el uso racional de los fármacos antidiabéticos.
	5.2.1.3. Difusión de los documentos con las pautas para el uso racional de los fármacos antidiabéticos.
	5.2.1.4. Formación a los profesionales sobre el uso racional

	de los recursos terapéuticos.
	5.2.1.5. Potenciar la participación de los profesionales en la gestión en el marco de la UFID.
OE 5.2.2. Valorar los patrones de prescripción de los agentes antidiabéticos.	5.2.2.1. Evaluar los patrones de prescripción según combinación de fármacos y condiciones clínicas.
	5.2.2.2. Estimar las situaciones de inadecuación terapéutica.
OE 5.2.3. Establecer medidas de corrección de las situaciones de inadecuación farmacológica.	5.2.3.1. Preparar boletines periódicos con los patrones de prescripción recomendados y los resultados de las acciones evaluadas.
	5.2.3.2. Comunicar los resultados a los profesionales para promover la autoevaluación e iniciativas de optimización en la prescripción.
	5.2.3.3. Favorecer la participación de las Unidades de Diabetes, Servicios de Farmacia departamentales y Atención Primaria en el ámbito de las unidades funcionales integradas de diabetes para proponer las acciones de mejora necesaria en cada departamento de salud.

Objetivo general 5.3. Impulsar iniciativas para el desarrollo de la Diabetes 2.0 en la Comunitat Valenciana.	
Objetivos específicos	Acciones
OE 5.3.1. Impulsar iniciativas para el desarrollo de la Diabetes 2.0 en la Comunitat Valenciana.	5.3.1.1. Crear un espacio web sobre diabetes en el dominio de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.
	5.3.1.2. Aportar información a la ciudadanía sobre prevención, tratamientos, recursos sociosanitarios, material educativo y aquellos temas cuya difusión pueda suponer un beneficio para los usuarios y usuarias a través de las TICs.
	5.3.1.3. Estimular la participación de los profesionales y de las personas con diabetes en la elaboración del contenido digital.
	5.3.1.4. Promover la elaboración de materiales educativos con la participación de personas con diabetes.
OE 5.3.2. Aplicar las nuevas tecnologías de la información y comunicación en la gestión clínica.	5.3.2.1. Facilitar el acceso y la formación a las aplicaciones informáticas de Conselleria para estimular la participación en la gestión clínica.
	5.3.2.2. Trabajar para la integración de los resultados de las variables de salud, como la glucemia o la glucosa intersticial, en las herramientas de gestión clínica.
	5.3.2.3. Colaborar con los recursos informáticas de la Conselleria para ofrecer recursos sobre diabetes a la población.
	5.3.2.4. Creación de app conectada con health wearable que registre las variables de salud y que puedan exportarse a la historia clínica electrónica.
OE 5.3.3. Favorecer acciones de telemedicina.	5.3.3.1. Proponer agendas de teleconsulta para la atención de personas con diabetes.
	5.3.3.2. Potenciar el uso de las consultas no presenciales entre niveles asistenciales.

9.6. LÍNEA ESTRATÉGICA 6: EQUIDAD EN TODOS LOS NIVELES DE ACTUACIÓN

Objetivos:

- 6.1. Promoción de la equidad en todos los niveles de actuación: promoción de la salud, prevención primaria, secundaria y terciaria y en la asistencia sanitaria.
- 6.2. Reducir las inequidades en todos los niveles de actuación por la condición social, lugar de residencia, etnia, género, edad o cualquier otra circunstancia que implique situación de exclusión social o vulnerabilidad.
- 6.3. Garantizar la aplicación de las medidas de la estrategia a todas las personas.
- 6.4. Determinar las acciones específicas para garantizar que se consigue dar acceso a las medidas de control y terapia necesarios a este colectivo.

El IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana, en su objetivo 2.4 *“Frenar la tendencia creciente de la diabetes”*, propone como acciones para reducir las desigualdades, las siguientes acciones:

- 2.4.5. *“Mejorar la alfabetización sanitaria de las personas que se encuentran en situación más desfavorecida”*.
- 2.4.8. *“Promover estudios de desigualdades en el cuidado y la atención del paciente con DM, incluyendo variables de género, clase social, ocupación, territorio, etnia y diversidad funcional, a fin de que los servicios y los profesionales sanitarios adopten todas las medidas a su alcance para que todas las personas reciban los cuidados adecuados a sus necesidades”*.
- 2.4.9. *“Reforzar las intervenciones sobre los colectivos más perjudicados o vulnerables para reducir las desigualdades detectadas”*.

El 17,38% de la población valenciana se encuentra en situación de exclusión social, según análisis de los datos del Sistema de Información Poblacional. La Comunitat Valenciana acoge a diferentes colectivos de personas con diversidad cultural, lingüística y social en riesgo de vulnerabilidad, que debe ser motivo de reflexión para garantizar la asistencia universal y equitativa de las medidas del Plan de Diabetes. Las particularidades de cada grupo hacen que en ocasiones aparezcan barreras que deben abordarse de forma específica.

Existe gran concordancia entre los mapas de distribución de la población valenciana de personas en situación de exclusión social, y el de prevalencia de diabetes, de tal forma que aquellas comarcas con mayores índices de población en situación de exclusión social son las que mayor prevalencia de diabetes presentan y

viceversa. Esta asociación también se observa con la obesidad, pues aquellas personas pertenecientes a los estratos sociales más deprimidos sufren mayor índice de exceso de peso. Así pues, son prioritarias las acciones preventivas para evitar la obesidad, especialmente entre jóvenes, así como vencer los obstáculos que impiden la asistencia adecuada, como puede ser el acceso a los recursos de salud o la adherencia a los planes de cuidados de aquellas personas con diabetes, ya que, están expuestos a mayor riesgo de desarrollar las complicaciones crónicas de la diabetes.

El abordaje de las necesidades específicas de estos colectivos vulnerables exige el diseño de medidas y rutas asistenciales concretas y particulares, previo análisis y caracterización de la diversidad poblacional que define la demografía de cada población o comarca. Entre las posibles acciones a considerar destacarían:

- En aquellos grupos en los que el idioma sea un obstáculo se debería proveer información en su lengua nativa y facilitar el acceso a la traducción durante el acto asistencial.
- En el caso de jóvenes es prioritario fomentar los talleres y actividades grupales en las que se refuercen los hábitos en la dieta saludable, y la promoción de la actividad física.
- En aquellas familias y comunidades étnicas en las que se identifique un elevado índice de obesidad sería conveniente la educación hacia un patrón dietético más saludable como es la dieta mediterránea.
- En residentes en el medio rural habría que valorar si la distancia es una limitación y en ese caso planificar acciones locales educativas y potenciar el apoyo a los equipos de atención primaria con los equipos hospitalarios a través de la atención telemática como son las consultas no presenciales.
- En el colectivo de personas mayores, la fragilidad que les caracteriza predispone a un elevado riesgo de descompensaciones por hiperglucemia o hipoglucemia y de hospitalización con reingresos, por este motivo debería realizarse monitorización activa por cuidadores y personal de enfermería para la identificación precoz de las amenazas que puedan ocasionar estas alteraciones y su comunicación a los facultativos y facultativas para su corrección en el medio ambulatorio. El exceso de peso es más frecuente entre las personas de mayor edad, pero también es muy prevalente la desnutrición. Ambas situaciones pueden complicar el tratamiento de la diabetes y, además, la desnutrición es un factor de riesgo para la hipoglucemia y la hospitalización por otros motivos no relacionados directamente con la diabetes, por lo que la evaluación nutricional es conveniente para adecuar las recomendaciones dietéticas a las necesidades individuales.
- A las personas y familias con recursos limitados debería asegurarse la provisión de los fármacos y productos sanitarios que precisen. También habría que dotarlas de la educación sanitaria adecuada y adiestramiento en

la elección y elaboración de los alimentos saludables que puedan adecuarse a su economía.

Es fundamental la participación multidisciplinar y la coordinación de los equipos asistenciales con Salud Pública, los agentes comunitarios, los trabajadores sociales y los gobiernos locales en todas las etapas de este proceso con la finalidad de comprender los problemas de cada colectivo y valorar la viabilidad de las propuestas para alcanzar los mejores resultados de salud en los colectivos de población vulnerable o en situación de exclusión social.

Otra fuente de desequilibrio puede darse por la localización geográfica del lugar de residencia. En este caso se valorará las necesidades no cubiertas y los recursos disponibles para facilitar el acceso a las personas con diabetes a los servicios de salud que precisen.

Grupo de trabajo:

- Pediatría.
- Medicina familiar y comunitaria.
- Endocrinología.
- Salud Pública.
- Enfermeras y enfermeros.
- Educadoras y educadores de diabetes.
- Asociaciones de personas con diabetes.
- Entidades locales (ayuntamientos, asociaciones vecinales, ...).
- Trabajo social.

Objetivo general 6.1. Reducir las inequidades en todos los niveles de actuación por la condición social, lugar de residencia, etnia, género, creencia, edad o cualquier otra circunstancia que implique situación de exclusión social o vulnerabilidad.	
Objetivos específicos	Acciones
OE 6.1.1. Identificar los grupos de población en situación o riesgo de vulnerabilidad.	6.1.1.1. Determinar el mapa epidemiológico de vulnerabilidad o exclusión social y diabetes de la Comunitat Valenciana.
OE 6.1.2. Conocer la situación real sociosanitaria de estos colectivos por departamentos de salud.	6.1.2.1. Analizar la situación administrativa de las personas en estas situaciones.
	6.1.2.2. Estudiar la situación sociosanitaria de los determinantes de salud, el contexto y los condicionantes que influyen sobre la diabetes en estos grupos de personas.
	6.1.2.3. Mejorar el conocimiento del personal sanitario de las costumbres de los diferentes colectivos, especialmente de la

	etnia gitana, (como grupo mayoritario entre las minorías y mayor prevalencia de diabetes), con relación a la salud y la enfermedad.
	6.1.2.4. Mejorar el conocimiento acerca de los usos costumbres de la población árabe y de las fechas del periodo del ramadán.
	6.1.2.5. Incluir las variables sociales en la historia clínica.
OE 6.1.3. Evaluar las necesidades de los grupos vulnerables.	6.1.3.1. Identificar y caracterizar las necesidades de estos grupos para desarrollar los programas de medida específicos.
OE 6.1.4. Evaluar el riesgo de inequidad por lugar de residencia	6.1.4.1. Estudiar la accesibilidad de los pacientes con diabetes a los recursos de asistencia especializada por lugar de residencia.

Objetivo general 6.2. Promoción de la equidad en todos los niveles de actuación: promoción de la salud, prevención primaria, secundaria y terciaria y en la asistencia sanitaria.

Objetivos específicos	Acciones
OE 6.2.1. Promoción de la prevención, atención temprana, tratamiento y seguimiento de la DM.	6.2.1.1. Promover campañas de información de acceso universal a la asistencia sanitaria en diversos idiomas y en entornos próximos a personas que lo necesiten.
	6.2.1.2. Promover la educación en salud para la prevención y el tratamiento dirigida al paciente y personas de su entorno, adaptándola a las circunstancias y necesidades de cada colectivo.
	6.2.1.3. Crear protocolos específicos, según las necesidades de cada grupo, para facilitar el acceso a la asistencia sanitaria.
	6.2.1.4. Organizar campañas para diagnóstico en diversos idiomas y en entornos próximos a estos grupos.
OE 6.2.2. Estimular la participación social en la consecución de los objetivos.	6.2.2.1. Ofrecer información y formación para promover concienciación y sensibilización entre los profesionales y la población general para evitar la estigmatización.
	6.2.2.2. Estimular la creación de grupos solidarios de voluntarios para la promoción de hábitos saludables y colaborar en la educación terapéutica
	6.2.2.3. Facilitar la formación de activos de salud a través de los líderes de las comunidades vulnerables.
	6.2.2.4. Favorecer el empoderamiento individual y colectivo a través de la participación de la comunidad para mejorar los conocimientos y habilidades de sus miembros y hacerlos partícipes de la toma de decisiones.

Objetivo general 6.3. Garantizar la aplicación de las medidas de la estrategia a todas las personas.

Objetivos específicos	Acciones
OE 6.3.1. Estimular la implicación de los profesionales en la consecución de los objetivos.	6.3.1.1. Creación de equipos multidisciplinares para el manejo consensuado y coordinado de la diabetes en las poblaciones vulnerables.
	6.3.1.2. Promocionar la incorporación de la equidad en la salud y la sanidad en los temarios de formación de grado y postgrado, así como en los programas de formación continua

	y continuada.
	6.3.1.3. Requerir a las sociedades científicas formación en equidad a sus socios.
	6.3.1.4. Promover acciones comunitarias en Atención Primaria a través de alianzas intersectoriales (educación, servicios sociales, agentes locales, salud pública, ...).
	6.3.1.5. Crear Equipos sociosanitarios coordinados para la detección en el medio de estos grupos, en ámbitos de las organizaciones no gubernamentales (ONG), en centros de alojamiento y restauración.
	6.3.1.6. Realizar la gestión de casos con seguimiento por equipos mixtos de los casos detectados para evitar en la medida de lo posible complicaciones.
OE 6.3.2. Eliminar barreras de acceso a servicios y prestaciones sociales.	6.3.2.1. Facilitar información para completar los trámites administrativos, como el acceso a tarjetas sanitarias.
OE 6.3.3. Facilitar acceso a los recursos sociosanitarios.	6.3.3.1. Elaborar catálogos y guías detalladas de recursos humanos, institucionales y sociosanitarios para profesionales y para pacientes, adaptadas en idiomas y pictogramas para facilitar su comprensión. El ámbito de los recursos debe recoger los servicios comunitarios, departamentales, por localidades y mancomunado en zonas con escasa población.
	6.3.3.2. Garantizar el acceso a los fármacos y productos sanitarios a través de los recursos sociosanitarios y de sus condiciones de mantenimiento.
	6.3.3.3. Proveer una alimentación adecuada a través de comedores colectivos y bancos de alimentos para las personas que lo necesiten.
	6.3.3.4. Habilitar espacios con condiciones higiénicas adecuadas para garantizar la salud y la alimentación, así como la conservación y administración de los tratamientos para las personas que lo precisen.
	6.3.3.5. Elaboración e implantación de protocolos en situaciones de hospitalización y tras el alta hospitalaria para facilitar el acompañamiento cuando se precise y la simplificación de trámites para acceder a los recursos sociosanitarios.

9.7. LÍNEA ESTRATÉGICA 7: FORMACION E INVESTIGACIÓN

Objetivos:

- 7.1. Asegurar la presencia de enfermeras o enfermeros educadores de diabetes en las unidades de diabetes.
- 7.2. Ofrecer formación a los médicos y médicas de atención primaria y otros u otras especialistas.
- 7.3. Ofrecer formación a enfermería de atención primaria en educación terapéutica en diabetes.
- 7.4. Colaborar con la formación de los y las profesionales de la educación en las necesidades de los niños, niñas y jóvenes con diabetes mellitus en los centros educativos.
- 7.5. Promover la investigación en diabetes.

El IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana, para conseguir el objetivo 2.4, *“Frenar la tendencia creciente de la diabetes”*, considera la acción 2.4.4. *“Garantizar la oferta sistemática reglada de educación terapéutica individual y de educación grupal en autocuidados a todos los pacientes desde el inicio del diagnóstico, impartida por educadores/as adecuadamente entrenados/as”*.

La adquisición de conocimientos y habilidades en diabetes es un elemento clave para el adecuado desempeño de la actividad asistencial y la consecución de los objetivos de la estrategia de diabetes. La diabetes es una de las áreas de la medicina que más ha evolucionado en los últimos años. Es una exigencia derivada de los avances científicos y tecnológicos y del desafío que generan las necesidades asistenciales y las demandas sociales. El cauce para conseguirlo es la formación, que como ya se ha visto previamente se propone para los ciudadanos y pacientes, pero que también es fundamental para los y las profesionales de la salud. Ha de promocionarse la participación en actividades de formación en diabetes impartidas por entidades acreditadas y por las unidades de diabetes.

Para garantizar la educación terapéutica en diabetes a los pacientes, es indispensable que el personal de enfermería adquiera el conocimiento del programa educativo estructurado y la capacidad para su transmisión. Se recomienda la adquisición de estas competencias a través de cursos formativos de la Escuela Valenciana de la Salud (EVES) o bien con programas locales, impartidos por el personal de las unidades de diabetes y con acreditación de la EVES, pero consensuados y evaluados desde la oficina del Plan de Diabetes para garantizar un abordaje global y un mensaje común entre niveles asistenciales y entre departamentos de salud.

La educación terapéutica en las unidades de diabetes es esencial e irrenunciable, es necesario garantizar la continuidad asistencial en la formación a pacientes y el recuerdo periódico. El contenido educativo en este nivel es más complejo y precisa de mayor conocimiento por las enfermeras y enfermero educadores de diabetes. Se precisa, pues, un perfil profesional, con un nivel de instrucción y habilidades adquiridas, superior al que se desarrollaría en atención primaria. Se recomienda que las enfermeras y enfermeros que desarrollen su actividad como educadores de diabetes adquieran la acreditación suficiente para el desempeño de sus funciones específicas en diabetes antes de acceder a las unidades de diabetes.

En la evaluación global de las necesidades de formación destaca el colectivo infantil. En la vida de los niños después del hogar familiar, el otro eje principal es la escuela. Este es un entorno en el que el profesorado es fuente de conocimiento hacia sus alumnos y podrían desempeñar una labor de apreciado valor en la promoción de los hábitos alimenticios saludables y la práctica del ejercicio físico. Por otro lado, los niños, niñas y jóvenes con diabetes mellitus tipo 1 puede necesitar cuidados específicos derivados de su problema de salud. En ambas situaciones se podrían realizar intervenciones selectivas, desde los equipos de salud, hacia los equipos docentes para capacitarlos de los recursos en caso de necesidad. También se promoverá la realización de cursos de formación al profesorado en colaboración con la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte.

La investigación es un elemento básico de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, por lo que se fomentará la investigación en diabetes, coordinada y multidisciplinar entre los departamentos de salud. La finalidad es promover la innovación sanitaria y ayudar a la toma de decisiones en materia de salud, sobre todo orientada a la práctica clínica, por ello es importante la evaluación de las intervenciones. Se potenciará el análisis de los datos de la historia clínica electrónica a través de investigadores expertos, sociedades científicas y universidades para la mejora del cuidado de la diabetes. Además, se priorizará la investigación sobre la existencia y la evolución de las desigualdades en la diabetes y sus determinantes.

Grupo de trabajo:

- Pediatría.
- Medicina familiar y comunitaria.
- Endocrinología.
- Salud pública.
- Enfermería.
- Educadoras y educadores de Diabetes.
- Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte.

- Asociaciones de personas con diabetes.

OG 7.1. Asegurar la presencia de enfermeras o enfermeros educadores de diabetes en las unidades de diabetes.	
Objetivos específicos	Acciones
OE 7.1.1. Conocer la situación de las educadoras y educadores de diabetes en las unidades de diabetes.	7.1.1.1. Analizar la dotación de personal de enfermería dedicado a educación terapéutica en diabetes en las unidades de diabetes y su previsible edad de jubilación.
OE. 7.1.2. Establecer un relevo ordenado en las unidades con personal próximo a la jubilación.	7.1.2.1. Elaboración de un informe con las futuras necesidades de personal de educación terapéutica.
	7.1.2.2. Desarrollar propuestas para evitar la carencia de enfermería de educación terapéutica en las unidades de diabetes por razón de jubilación laboral.
OE 7.1.3. Promocionar la formación en educación terapéutica en diabetes.	7.1.3.1. Desarrollar un programa de formación en educación terapéutica en diabetes para unidades de diabetes dirigido a profesionales de enfermería.
	7.1.3.2. Crear cursos de formación continuada de educación terapéutica en diabetes para unidades de diabetes, dirigido a enfermería, en colaboración con la EVES.

OG 7.2. Ofrecer formación a los médicos y médicas de atención primaria y otros u otras especialistas.	
Objetivos específicos	Acciones
OE 7.2.1. Elaborar programas de formación en diabetes de ámbito autonómico.	7.2.1.1. Establecer un programa de formación en diabetes y su prevención, en colaboración con la EVES dirigido a médicos.
	7.2.1.2. Desarrollar cursos de formación continuada en diabetes dirigida a médicos, en colaboración con la EVES, de ámbito autonómico.
OE.7.2.2. Promover las actividades de formación en los departamentos.	7.2.2.1. Promocionar la participación de los profesionales médicos del departamento en coordinación con las unidades de diabetes, para la evaluación de las necesidades formativas.
	7.2.2.2. Potenciar el desarrollo actividades de formación multidisciplinar en los departamentos de salud.
OE. 7.2.3. Promocionar las nuevas tecnologías de la información y la comunicación para impulsar la formación.	7.2.3.1. Facilitar la formación a través de las nuevas tecnologías.
	7.2.3.2. Disponer el material formativo en la red informática de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.
	7.2.3.3. Difusión a través de los canales de comunicación online de la Conselleria.

OG 7.3. Ofrecer formación a enfermería de atención primaria en educación terapéutica en diabetes.	
Objetivos específicos	Acciones
OE 7.3.1. Elaborar programas de formación en diabetes de ámbito autonómico.	7.3.1.1. Establecer un programa de formación en educación terapéutica y cuidados en diabetes y su prevención, en colaboración con la EVES dirigido a enfermería de atención

	primaria.
	7.3.1.2. Desarrollar cursos de formación continuada en diabetes y su prevención dirigida a enfermería de atención primaria, en colaboración con la EVES, de ámbito autonómico.
OE.7.3.2. Promover las actividades de formación en los departamentos.	7.3.2.1. Promocionar la participación de los profesionales de enfermería de atención primaria del departamento en coordinación con las unidades de diabetes, para la evaluación de las necesidades formativas.
	7.3.2.2. Potenciar el desarrollo actividades de formación multidisciplinar en los departamentos de salud.
OE. 7.3.3. Promocionar las nuevas tecnologías de la información y la comunicación para impulsar la formación.	7.3.3.1. Facilitar la formación a través de las nuevas tecnologías.
	7.3.3.2. Disponer el material formativo en la red informática de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.
	7.3.3.3. Difusión a través de los canales de comunicación online de la Conselleria.

OG 7.4. Colaborar con la formación de los y las profesionales de la educación en las necesidades de los niños, niñas y jóvenes con diabetes mellitus en los centros educativos.

Objetivos específicos	Acciones
OE 7.4.1. Contribuir a la transmisión de conocimientos en diabetes a los profesionales de la educación.	7.4.1.1. Cooperar con los profesionales de la educación, a través de acciones de formación específicas según las necesidades de los escolares con diabetes mellitus tipo 1.
	7.4.1.2. Colaborar con la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte para desarrollar un programa de formación en diabetes dirigido a los docentes.
OE.7.4.2. Promover mejoras en la comunicación intersectorial entre sanidad y educación.	7.4.2.1. Evaluar los circuitos de comunicación entre los centros educativos y los centros sanitarios.
	7.4.2.2. Establecer las mejoras de comunicación y respuesta entre los centros educativos y los recursos sanitarios.

OG 7.5. Promover la investigación en diabetes.

Objetivos específicos	Acciones
OE 7.5.1. Incorporar la actividad investigadora a la actividad asistencial.	7.5.1.1. Creación de un comité de investigación en diabetes.
	7.5.1.2. Desarrollar una red de investigación interdepartamental y multidisciplinar en diabetes.
	7.5.1.3. Investigar el impacto y la calidad de las acciones llevadas a cabo en el ámbito de la estrategia de diabetes para implementar acciones de mejora continua.
OE. 7.5.2. Promover la innovación sanitaria en diabetes.	7.5.2.2. Analizar los resultados de la actividad a través de la historia clínica electrónica y las TICs.
	7.5.2.3. Investigar la existencia y evolución de las desigualdades en diabetes y sus determinantes.
OE. 7.5.3. Estimular la participación de los profesionales y la ciudadanía en la investigación.	7.5.3.1. Fomentar la participación de los ciudadanos con los profesionales en el diseño de los proyectos de investigación.
	7.5.3.2. Comunicar la importancia de los resultados alcanzados a los profesionales y a la ciudadanía.
	7.5.3.3. Compartir experiencias en reuniones interdepartamentales para evaluar su impacto y proponer el desarrollo a nivel autonómico de aquellas que se identifiquen como beneficiosas.

10. OFICINA DEL PLAN PARA LA ASISTENCIA INTEGRAL AL PACIENTE DIABÉTICO.

La oficina del Plan para la Asistencia Integral al Paciente Diabético en la Comunitat Valenciana es una estructura funcional dependiente de la Subdirección del Planificación y Organización Asistencial incluida en el organigrama de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Su función principal es prestar apoyo científico-técnico sobre las cuestiones relacionadas con la diabetes mediante tareas de planificación, asesoramiento, coordinación y evaluación de los servicios de salud y sus actividades, acorde a lo establecido en la Estrategia del Plan de Diabetes de la Comunitat Valenciana y las instrucciones que la autoridad sanitaria disponga. El responsable de la oficina del Plan de Diabetes es el Coordinador del Plan del Plan para la Asistencia Integral al Paciente Diabético en la Comunitat Valenciana, referido en este documento como Coordinador del Plan de Diabetes.

Coordinador del Plan de Diabetes

El Coordinador del Plan de Diabetes es un médico o médica especialista en endocrinología y nutrición, nombrado por la Consellera de Sanidad Universal y Salud Pública. Las funciones del coordinador del plan son:

- Elaboración del plan o estrategia de diabetes, así como realizar seguimiento de su implementación, evaluación de los objetivos conseguidos y actualizaciones progresivos.
- Redacción de propuestas a la Comisión de Coordinación para el desarrollo de los programas contenidos en el plan o la estrategia, seguimiento y evaluación periódica de los mismos.
- Planificar, desarrollar e implementar procesos asistenciales, protocolos y programas específicos para mejorar la atención a las personas con diabetes o en riesgo de sufrirla, aumentar la calidad de la sanidad y garantizar la equidad en todos los niveles de actuación.
- Nombrar a los y las responsables de las unidades de diabetes.
- Acreditar a las unidades de diabetes para actuaciones específicas complejas.
- Coordinación con las estructuras de las diferentes direcciones generales de la Conselleria para el desarrollo de planes y acciones dirigidos a la prevención y control de la diabetes, así como contribuir a la sostenibilidad de la sanidad pública valenciana.
- Asesoramiento y recomendaciones sobre problemas relacionados con la diabetes que pudieran surgir en el desarrollo del plan o la estrategia.

- Coordinación entre los recursos sanitarios de distintos niveles e instituciones para el abordaje integral de la diabetes en toda la red asistencial de la Comunitat Valenciana.
- Coordinación entre los diferentes equipos de trabajo y comités técnicos para desarrollar las acciones encaminadas a la consecución de los objetivos del plan o la estrategia.
- Actividades de coordinación con diversos equipos o grupos de trabajo dedicados al estudio e investigación de la diabetes, tanto en el área de la epidemiología, prevención, asistencia, información, formación y docencia entre otros.
- Impulsar, facilitar y apoyar la participación ciudadana, de las personas con diabetes y sus familiares en las tareas de asesoramiento y evaluación de las necesidades y resultados, formando parte de los equipos de trabajo y comités técnicos de expertos
- Fomentar la comunicación de las asociaciones de personas con diabetes con la oficina del Plan de Diabetes.
- Colaborar con las Federación de Diabéticos de la Comunitat de Valenciana y otras asociaciones de personas con diabetes o comprometidas con la lucha contra la diabetes y trabajar en defensa de los derechos de las personas con diabetes.
- Cooperar con la EVES en los programas de formación continuada para mejorar las competencias profesionales y capacidades de los profesionales de la sanidad.
- Promover la participación y asesoramiento de las sociedades científicas valencianas.
- Fomentar intervenciones colaborativas intersectoriales o entre instituciones encaminadas a mejorar la prevención del sobrepeso, la obesidad, la diabetes, así como la atención a la diabetes.
- Convocar las reuniones de la Comisión de Coordinación a instancias de cualquiera de sus miembros o por otra motivación.
- Coordinación y seguimiento del sistema de información de diabetes.
- Participación y seguimiento en los objetivos y actividades de la Estrategia de Diabetes del Sistema Nacional de Salud.
- Colaborar con otras Comunidades Autónomas en proyectos y acciones relacionadas con la diabetes de interés común.

Comisión Coordinadora del Plan de Diabetes de la Comunitat

La composición de la Comisión Coordinadora del Plan está definida en el decreto 74/1995 del Diario Oficial de la Generalitat Valenciana, sin embargo, desde el momento de su publicación hasta la fecha actual, la denominación, estructura y organigrama de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública ha variado. Por este motivo en el momento de la aprobación de esta Estrategia, la comisión se desarrolló con los cargos que se más se aproximaban a la antigua descripción. Actualmente la comisión está constituida por:

- Consellera de Sanidad Universal y Salud Pública.
- Director General de Asistencia Sanitaria.
- Directora General de Salud Pública.
- Subdirector General de Planificación y Organización Asistencial.
- Presidente de la Sociedad Valenciana de Endocrinología, Diabetes y Nutrición.
- Coordinador del Plan para la Asistencia Integral al Paciente Diabético en la Comunidad Valenciana.

En el momento de aprobar la actual estrategia de diabetes también se propuso modificar el decreto 74/1995 para ampliar la Comisión con el objetivo de hacerla más participativa y con representación ciudadana, de tal modo que se ha propuesto la siguiente futura composición, previo nombramiento por la Consellera:

- Consellera de Sanidad Universal y Salud Pública.
- Director General de Asistencia Sanitaria.
- Directora General de Salud Pública.
- Subdirector General de Planificación y Organización Asistencial.
- Coordinador del Plan para la Asistencia Integral al Paciente Diabético en la Comunidad Valenciana.
- Presidente de la Sociedad Valenciana de Endocrinología, Diabetes y Nutrición.
- Presidente de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Presidente de SEMERGEN-CV.
- Presidenta de SEMG-CV.
- Presidenta de la Asociación Valenciana de Educadoras de Diabetes.

- Presidenta de la Asociación Valenciana de Enfermeras Comunitarias.
- Presidente de la Federación de Diabéticos de la Comunidad Valenciana (FEDICOVA).

Las funciones de la Comisión del Plan son:

- Aprobar el contenido del Plan o la Estrategia
- Control y seguimiento del desarrollo y aplicación del Plan.
- Determinar los diferentes niveles de coordinación entre las partes implicadas en la asistencia del paciente diabético.
- Establecer y mantener la necesaria coordinación con otras instituciones públicas o privadas y con otras Comunidades que tengan planes o programas análogos, incluida la Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud.

11. IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA

Se plantea la implementación de las medidas de la estrategia de forma progresiva, a partir de las medidas prioritarias. Para conseguir que puedan llevarse a cabo se cuenta con la implicación de todos los colectivos, instituciones y agentes interesados: personas con diabetes y sus familiares, profesionales, Conselleria, sociedades científicas y agentes e instituciones sociales.

El foco de gran parte de las medidas se basa en traspasar los límites de la actividad asistencial de los profesionales y hacerlos partícipes de la gestión y reorganización de las actividades, inicialmente con gran representación en los comités técnicos y en la fase de desarrollo de la estrategia con su participación en las unidades funcionales integradas de diabetes departamentales. La atención pasa por centrar los esfuerzos en las personas con diabetes y por ello desde el inicio se ha contado con ellas y sus familiares, de este modo se ha conseguido transmitir en todo momento la esencia del diálogo y la consideración, para que con la suma de esfuerzos de todos los agentes implicados sea posible el respaldo e impulso a la estrategia.

La implicación de los y las profesionales es clave para el éxito de la estrategia por ello, es preciso visualizar y comunicar los resultados que se consigan. La pertenencia a un equipo que avanza hacia la excelencia es un estímulo para continuar trabajando en la consecución de los objetivos. En este sentido, las acciones que se consigan y los resultados de los objetivos de salud deben llegar a los y las profesionales, individualmente y a través de la unidad funcional integrada de diabetes. De este modo, el papel de las unidades funcionales es el de, una vez recibidos los resultados y evaluadas sus acciones proponer los aspectos de mejora, en comunicación continua con el coordinador del plan de diabetes. Esta aproximación permite compartir objetivos comunes en todo el territorio de la Comunitat, pero a su vez, descentralizar la gestión y dar mayor representatividad y responsabilidad a los protagonistas de la atención a las personas con diabetes.

El otro aspecto novedoso es la colaboración basada en la participación intersectorial, de este modo, a través de objetivos compartidos se promueven acciones para afrontar con equipos de diferentes ámbitos profesionales e institucionales.

Además, se considera necesario avanzar en la inclusión de nuevos profesionales a las unidades de diabetes con dedicación a la podología y la nutrición.

12. PRIORIZACIÓN Y CRONOGRAMA

Conseguir que puedan llevarse a cabo las medidas de la Estrategia es la cuestión clave, por este motivo es imprescindible contar con los comités de expertos y subcomités de las siete líneas estratégicas, así como de realizar una adecuada divulgación, difusión y formación en los departamentos. Para ello se cuenta con el apoyo de los servicios centrales con el objetivo de coordinarse con las direcciones departamentales.

Se consideran prioritarias las medidas que deben desarrollarse en los dos primeros años, según estos criterios:

- Beneficio para la población.
- Factibilidad.
- Equidad.
- Eficiencia.
- Necesidades no resueltas.
- Satisfacción de usuarios y profesionales.

Objetivos y acciones destacadas como prioritarias:

Objetivos	Acciones
1.1.2. Protocolizar la intervención en educación en alimentación saludable y actividad física de la población con patrones alimentarios de riesgo y con sedentarismo o con exceso de peso.	1.1.2.1. Elaborar e implementar protocolos estructurados de actuación en materia de alimentación saludable y actividad física para la prevención y tratamiento del sobrepeso y la obesidad, con especial atención a personas y grupos en riesgo de vulnerabilidad socioeconómica.
	1.1.2.2. Promoción en atención primaria de la prescripción de consejos en alimentación saludable y práctica de actividad física, en todas las etapas de la vida en población sana, así como en los diferentes estados de salud.
	1.1.2.4. Implantación de la prescripción de actividad física en los centros de atención primaria.
OE 1.2.1. Apoyar e impulsar la participación ciudadana.	1.2.1.1. Estimular la implicación y participación de la población en acciones de promoción de hábitos saludables en la prevención del exceso de peso.
	1.2.1.5. Estimular el desarrollo para la comunidad de proyectos o talleres grupales de alimentación saludable y/o ejercicio físico con la implicación de pacientes expertos.
OE 1.3.1. Fomentar el desarrollo de entornos habitables que faciliten la prevención del sobrepeso y la obesidad.	1.3.1.1. Colaborar con las entidades municipales en el fomento de espacios públicos para favorecer la práctica de la actividad física.
	1.3.1.2. Estimular el aprovechamiento de los espacios públicos destinados a la práctica de la actividad física por las personas.

OE 2.1.2. Reducir el porcentaje de pacientes con DM-2 no diagnosticada.	2.1.2.2. Cribado oportunista automatizado de laboratorio en personas mayores de 45 años con glucemia alterada sin diagnóstico previo de DM-2.
	2.1.2.3. Cribado oportunista automatizado de laboratorio en personas entre 20 y 45 años con hipertrigliceridemia y HDL bajo sin diagnóstico previo de DM-2.
	2.1.2.4. Diseño de vía clínica para la atención de los pacientes diagnosticados mediante el cribado oportunista de laboratorio.
	3.1.2.1. Creación de las UFID departamentales
OE 3.1.2. Mejorar la coordinación entre profesionales y entre niveles asistenciales.	3.1.2.2. Potenciar la comunicación y participación en el seno de las UFID.
	3.1.2.3. Promover las actividades entre niveles asistenciales en el ámbito de la UFID.
	3.2.1.1. Elaboración de los procesos asistenciales integrados en DM-2 y DM-1.
OE 3.2.1. Elaboración y desarrollo de los procesos asistenciales integrados (PAI) en DM-1 y DM-2.	3.2.1.2. Difusión y formación dirigida a los profesionales de los PAI de diabetes.
	3.2.1.3. Diseño de la ruta asistencial de DM-2 y DM-1 en cada departamento, basadas PAI de diabetes.
	3.4.1.1. Elaboración del programa de educación terapéutica en mellitus tipo 1 infanto-juvenil y de adultos.
OE 3.4.1. Asegurar una educación terapéutica en diabetes, común y de calidad, en toda la Comunitat.	3.4.1.2. Elaboración del programa de educación terapéutica en diabetes mellitus tipo 2.
	3.4.1.3. Difusión y formación de los manuales de educación terapéutica en diabetes dirigida a profesionales.
	3.4.1.4. Implementar intervenciones educativas en los centros de toda la Comunitat Valenciana.
	3.4.2.1. Integrar el material de educación terapéutica en diabetes en los recursos digitales corporativos.
OE 3.4.2. Facilitar el acceso a los profesionales del material de educación terapéutica en diabetes.	
OE 3.4.3. Favorecer la implicación de las personas con diabetes en la adquisición de habilidades para la autogestión de la diabetes.	3.4.3.1. Colaborar con los pacientes a través de las asociaciones de personas con diabetes en la elaboración de material educativo y divulgativo para su difusión por ellos.
OE 4.1.2. Disminuir la variabilidad en la atención a la diabetes pregestacional.	4.1.2.1. Elaboración de los procesos asistenciales para la atención a la mujer embarazada con diabetes pregestacional.
	4.1.2.2. Definición del programa de educación terapéutica.
	4.1.2.3. Facilitar la comunicación entre niveles asistenciales.
	4.1.2.4. Realizar consulta preconcepcional.
	4.1.2.8. Difusión de las recomendaciones a los profesionales.
OE 4.2.2. Disminuir la variabilidad en la atención a la diabetes gestacional.	4.2.2.1. Elaboración de los procesos asistenciales para la atención a la mujer embarazada con diabetes gestacional.
	4.2.2.2. Definición del programa de educación terapéutica.
	4.4.2.3. Facilitar la comunicación entre niveles

	asistenciales.
	4.4.2.7. Reevaluar la situación de la alteración del metabolismo hidrocarbonado postparto.
	4.4.2.8. Difusión de las recomendaciones a los profesionales.
OE 5.1.1. Facilitar el acceso a nuevas terapias y tecnologías.	5.1.1.1. Creación de grupos de trabajo multidisciplinares para la evaluación, priorización y asesoramiento de nuevas terapias y tecnologías.
	5.1.1.2. Asesoramiento a la Direcciones Generales correspondientes en la toma de decisiones.
OE 5.2.1. Favorecer el uso racional de los tratamientos farmacológicos	5.2.1.1. Creación del subcomité multidisciplinar de posicionamiento terapéutico en diabetes.
	5.2.1.2. Redacción de documentos con las pautas para el uso racional de los fármacos antidiabéticos.
	5.2.1.3. Difusión de los documentos con las pautas para el uso racional de los fármacos antidiabéticos.
	5.2.1.4. Formación a los profesionales sobre el uso racional de los recursos terapéuticos.
	5.2.1.5. Potenciar la participación de los profesionales en la gestión en el marco de la UFID.
OE 5.2.3. Establecer medidas de corrección de las situaciones de inadecuación farmacológica.	5.2.3.3. Favorecer la participación de las Unidades de Diabetes, Servicios de Farmacia departamentales y Atención Primaria en el ámbito de las UFID para proponer las acciones de mejora necesaria en cada departamento de salud.
OE 5.3.1. Impulsar iniciativas para el desarrollo de la Diabetes 2.0 en la Comunitat Valenciana	5.3.1.1. Crear un espacio web sobre diabetes en el dominio de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.
OE 5.3.3. Favorecer acciones de telemedicina	5.3.3.1. Potenciar el uso de las consultas no presenciales entre niveles asistenciales.
	5.3.3.2. Proponer agendas de teleconsulta para la atención de personas con diabetes.
OE 6.1.1. Identificar los grupos de población en situación o riesgo de vulnerabilidad.	6.1.1.1. Determinar el mapa epidemiológico de vulnerabilidad o exclusión social y diabetes de la Comunitat Valenciana.
OE 6.1.2. Conocer la situación real sociosanitaria de estos colectivos por departamentos de salud.	6.1.2.1. Analizar la situación administrativa de las personas en estas situaciones.
	6.1.2.2. Estudiar la situación sociosanitaria de los determinantes de salud, el contexto y los condicionantes que influyen sobre la diabetes en estos grupos de personas.
	6.1.2.3. Mejorar el conocimiento del personal sanitario de las costumbres de los diferentes colectivos, especialmente de la etnia gitana, (como grupo mayoritario entre las minorías y mayor prevalencia de diabetes), con relación a la salud y la enfermedad.
	6.1.2.4. Mejorar el conocimiento acerca de los usos costumbres de la población árabe y de las fechas del periodo del ramadán.

	6.1.2.5. Incluir las variables sociales en la historia clínica.
OE 6.2.1. Promoción de la prevención, atención temprana, tratamiento y seguimiento de la DM.	6.2.1.1. Promover campañas de información de acceso universal a la asistencia sanitaria en diversos idiomas y en entornos próximos a personas que lo necesiten.
	6.2.1.2. Promover la educación en salud para la prevención y el tratamiento dirigida al paciente y personas de su entorno, adaptándola a las circunstancias y necesidades de cada colectivo.
	6.2.1.3. Crear protocolos específicos, según las necesidades de cada grupo, para facilitar el acceso a la asistencia sanitaria.
OE 6.3.1. Estimular la implicación de los profesionales en la consecución de los objetivos.	6.3.1.1. Creación de equipos multidisciplinares para el manejo consensuado y coordinado de la diabetes en las poblaciones vulnerables.
	6.3.1.2. Promocionar la incorporación de la equidad en la salud y la sanidad en los temarios de formación de grado y postgrado, así como en los programas de formación continua y continuada.
OE 6.3.3. Facilitar acceso a los recursos sociosanitarios.	6.3.3.1. Elaborar catálogos y guías detalladas de recursos humanos, institucionales y sociosanitarios para profesionales y para pacientes, adaptadas en idiomas y pictogramas para facilitar su comprensión. El ámbito de los recursos debe recoger los servicios comunitarios, departamentales, por localidades y mancomunado en zonas con escasa población.
OE 7.1.1. Conocer la situación de las educadoras y educadores de diabetes en las unidades de diabetes.	7.1.1.1. Analizar la dotación de personal de enfermería dedicado a educación terapéutica en diabetes en las unidades de diabetes y su previsible edad de jubilación.
OE. 7.1.2. Establecer un relevo ordenado en las unidades con personal próximo a la jubilación.	7.1.2.1. Elaboración de un informe con las futuras necesidades de personal de educación terapéutica.
	7.1.2.2. Desarrollar propuestas para evitar la carencia de enfermería de educación terapéutica en las unidades de diabetes por razón de jubilación laboral.
OE 7.1.3. Promocionar la formación en educación terapéutica en diabetes.	7.1.3.1. Desarrollar un programa de formación en educación terapéutica en diabetes para unidades de diabetes dirigido a profesionales de enfermería.
OE 7.2.1. Elaborar programas de formación en diabetes de ámbito autonómico.	7.2.1.1. Establecer un programa de formación en diabetes y su prevención, en colaboración con la EVES dirigido a médicos.
	7.2.1.2. Desarrollar cursos de formación continuada en diabetes dirigida a médicos, en colaboración con la EVES, de ámbito autonómico.
OE 7.3.1. Elaborar programas de formación en diabetes de ámbito autonómico.	7.3.1.1. Establecer un programa de formación en educación terapéutica y cuidados en diabetes y su prevención, en colaboración con la EVES dirigido a enfermería de atención

	primaria.
	7.3.1.2. Desarrollar cursos de formación continuada en diabetes y su prevención dirigida a enfermería de atención primaria, en colaboración con la EVES, de ámbito autonómico.
OE 7.4.1. Contribuir a la transmisión de conocimientos en diabetes a los profesionales de la educación.	7.4.1.1. Cooperar con los profesionales de la educación, a través de acciones de formación específicas según las necesidades de los escolares con diabetes mellitus tipo 1.
	7.4.1.2. Colaborar con la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte para desarrollar un programa de formación en diabetes dirigido a los docentes.
OE.7.4.2. Promover mejoras en la comunicación intersectorial entre sanidad y educación.	7.4.2.1. Evaluar los circuitos de comunicación entre los centros educativos y los centros sanitarios.
	7.4.2.2. Establecer las mejoras de comunicación y respuesta entre los centros educativos y los recursos sanitarios.
OE 7.5.1. Incorporar la actividad investigadora a la actividad asistencial.	7.5.1.1. Creación de un comité de investigación en diabetes.
	7.5.1.3. Investigar el impacto y la calidad de las acciones llevadas a cabo en el ámbito de la estrategia de diabetes para implementar acciones de mejora continua.
OE. 7.5.2. Promover la innovación sanitaria en diabetes.	7.5.2.2. Analizar los resultados de la actividad a través de la historia clínica electrónica y las TICs.
	7.5.2.3. Investigar la existencia y evolución de las desigualdades en diabetes y sus determinantes.
OE. 7.5.3. Estimular la participación de los profesionales y la ciudadanía en la investigación.	7.5.3.1. Fomentar la participación de los ciudadanos con los profesionales en el diseño de los proyectos de investigación.

Cronograma previsto para la ejecución de las acciones prioritarias.

Acciones	2017	2018			2019		
	4º T	1º T	2º T	3º T	4º T	1º T	2º T
Elaborar e implementar protocolos estructurados de actuación en materia de alimentación saludable y actividad física para la prevención y tratamiento del sobrepeso y la obesidad, con especial atención a personas y grupos en riesgo de vulnerabilidad socioeconómica.							
Promoción en atención primaria de la prescripción de consejos en alimentación saludable y práctica de actividad física, en todas las etapas de la vida en población sana, así como en los diferentes estados de salud.							
Implantación de la prescripción de actividad física en los centros de atención primaria.							
Estimular la implicación y participación de la							

población en acciones de promoción de hábitos saludables en la prevención del exceso de peso.							
Estimular el desarrollo para la comunidad de proyectos o talleres grupales de alimentación saludable y/o ejercicio físico con la implicación de pacientes expertos.							
Colaborar con las entidades municipales en el fomento de espacios públicos para favorecer la práctica de la actividad física.							
Estimular el aprovechamiento de los espacios públicos destinados a la práctica de la actividad física por las personas.							
Cribado oportunista automatizado de laboratorio en personas mayores de 45 años con glucemia alterada sin diagnóstico previo de DM-2.							
Cribado oportunista automatizado de laboratorio en personas entre 20 y 45 años con hipertrigliceridemia y HDL bajo sin diagnóstico previo de DM-2.							
Diseño de vía clínica para la atención de los pacientes diagnosticados mediante el cribado oportunista de laboratorio.							
Creación de las UFID departamentales							
Potenciar la comunicación y participación en el seno de las UFID.							
Promover las actividades entre niveles asistenciales en el ámbito de la UFID.							
Elaboración de los procesos asistenciales integrados en DM-2 y DM-1.							
Difusión y formación dirigida a los profesionales de los PAI de diabetes.							
Diseño de la ruta asistencial de DM-2 y DM-1 en cada departamento, basadas PAI de diabetes.							
Elaboración del programa de educación terapéutica en mellitus tipo 1 infanto-juvenil y de adultos.							
Elaboración del programa de educación terapéutica en diabetes mellitus tipo 2.							
Difusión y formación de los manuales de educación terapéutica en diabetes dirigida a profesionales.							
Implementar intervenciones educativas en los centros de toda la Comunitat Valenciana.							
Integrar el material de educación terapéutica en diabetes en los recursos digitales corporativos.							
Colaborar con los pacientes a través de las asociaciones de personas con diabetes en la elaboración de material educativo y divulgativo para su difusión por ellos.							
Elaboración de los procesos asistenciales para la atención a la mujer embarazada con diabetes pregestacional.							
Diabetes pregestacional. Definición del programa de educación terapéutica.							
Diabetes pregestacional. Facilitar la							

comunicación entre niveles asistenciales.							
Diabetes pregestacional. Realizar consulta preconcepcional.							
Diabetes pregestacional. Difusión de las recomendaciones a los profesionales.							
Elaboración de los procesos asistenciales para la atención a la mujer embarazada con diabetes gestacional. Diabetes gestacional.							
Diabetes gestacional. Definición del programa de educación terapéutica.							
Diabetes gestacional. Facilitar la comunicación entre niveles asistenciales.							
Diabetes gestacional. Reevaluar la situación de la alteración del metabolismo hidrogenado postparto.							
Diabetes gestacional. Difusión de las recomendaciones a los profesionales.							
Creación de grupos de trabajo multidisciplinares para la evaluación, priorización y asesoramiento de nuevas terapias y tecnologías.							
Asesoramiento a la Direcciones Generales correspondientes en la toma de decisiones.							
Creación del subcomité multidisciplinar de posicionamiento terapéutico en diabetes.							
Redacción de documentos con las pautas para el uso racional de los fármacos antidiabéticos.							
Difusión de los documentos con las pautas para el uso racional de los fármacos antidiabéticos.							
Formación a los profesionales sobre el uso racional de los recursos terapéuticos.							
Potenciar la participación de los profesionales en la gestión en el marco de la UFID.							
Favorecer la participación de las Unidades de Diabetes, Servicios de Farmacia departamentales y Atención Primaria en el ámbito de las UFID para proponer las acciones de mejora necesaria en cada departamento de salud.							
Crear un espacio web sobre diabetes en el dominio de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.							
Potenciar el uso de las consultas no presenciales entre niveles asistenciales.							
Proponer agendas de teleconsulta para la atención de personas con diabetes.							
Determinar el mapa epidemiológico de vulnerabilidad o exclusión social y diabetes de la Comunitat Valenciana.							
Analizar la situación administrativa de las personas en estas situaciones.							
Estudiar la situación sociosanitaria de los determinantes de salud, el contexto y los condicionantes que influyen sobre la diabetes en estos grupos de personas.							
Mejorar el conocimiento del personal sanitario de las costumbres de los diferentes colectivos,							

especialmente de la etnia gitana, (como grupo mayoritario entre las minorías y mayor prevalencia de diabetes), con relación a la salud y la enfermedad.							
Mejorar el conocimiento acerca de los usos costumbres de la población árabe y de las fechas del periodo del ramadán.							
Incluir las variables sociales en la historia clínica.							
Promover campañas de información de acceso universal a la asistencia sanitaria en diversos idiomas y en entornos próximos a personas que lo necesiten.							
Promover la educación en salud para la prevención y el tratamiento dirigida al paciente y personas de su entorno, adaptándola a las circunstancias y necesidades de cada colectivo.							
Crear protocolos específicos, según las necesidades de cada grupo, para facilitar el acceso a la asistencia sanitaria.							
Creación de equipos multidisciplinares para el manejo consensuado y coordinado de la diabetes en las poblaciones vulnerables.							
Promocionar la incorporación de la equidad en la salud y la sanidad en los temarios de formación de grado y postgrado, así como en los programas de formación continua y continuada.							
Elaborar catálogos y guías detalladas de recursos humanos, institucionales y sociosanitarios para profesionales y para pacientes, adaptadas en idiomas y pictogramas para facilitar su comprensión. El ámbito de los recursos debe recoger los servicios comunitarios, departamentales, por localidades y mancomunado en zonas con escasa población.							
Analizar la dotación de personal de enfermería dedicado a educación terapéutica en diabetes en las unidades de diabetes y su previsible edad de jubilación.							
Elaboración de un informe con las futuras necesidades de personal de educación terapéutica.							
Desarrollar propuestas para evitar la carencia de enfermería de educación terapéutica en las unidades de diabetes por razón de jubilación laboral.							
Desarrollar un programa de formación en educación terapéutica en diabetes para unidades de diabetes dirigido a profesionales de enfermería.							
Establecer un programa de formación en diabetes y su prevención, en colaboración con la EVES dirigido a médicos.							
Desarrollar cursos de formación continuada en diabetes dirigida a médicos, en colaboración							

con la EVES, de ámbito autonómico.							
Establecer un programa de formación en educación terapéutica y cuidados en diabetes y su prevención, en colaboración con la EVES dirigido a enfermería de atención primaria.							
Desarrollar cursos de formación continuada en diabetes y su prevención dirigida a enfermería de atención primaria, en colaboración con la EVES, de ámbito autonómico.							
Cooperar con los profesionales de la educación, a través de acciones de formación específicas según las necesidades de los escolares con diabetes mellitus tipo 1.							
Colaborar con la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte para desarrollar un programa de formación en diabetes dirigido a los docentes.							
Evaluar los circuitos de comunicación entre los centros educativos y los centros sanitarios.							
Establecer las mejoras de comunicación y respuesta entre los centros educativos y los recursos sanitarios.							
Creación de un comité de investigación en diabetes.							
Investigar el impacto y la calidad de las acciones llevadas a cabo en el ámbito de la estrategia de diabetes para implementar acciones de mejora continua.							
Analizar los resultados de la actividad a través de la historia clínica electrónica y las TICs.							
Investigar la existencia y evolución de las desigualdades en diabetes y sus determinantes.							
Fomentar la participación de los ciudadanos con los profesionales en el diseño de los proyectos de investigación.							

Tabla 5. Cronograma de las acciones prioritarias

13. EVALUACIÓN E INDICADORES

Objetivo general 1.1. Mejorar el conocimiento y los recursos para la promoción de hábitos saludables	
Acción	Indicador
1.1.1.1. Acciones formativas dirigidas al personal sanitario para mejorar el conocimiento acerca de los factores de riesgo asociados a DM-2 y su prevención.	Nº de actividades formativas en prevención. Nº de profesionales sanitarios formados/nº total de profesionales sanitarios x100.
1.1.1.2. Potenciación de actividades de formación sobre prescripción de actividad física en atención primaria.	Nº de actividades formativas en prescripción de actividad física. Nº de profesionales sanitarios formados/nº total de profesionales sanitarios x100.
1.1.1.3. Dotación de recursos en tiempo de consulta y en espacios físicos que permitan a los profesionales sanitarios realizar promoción de alimentación saludable y actividad física. (programas de educación grupal, programas de cocina saludable, programa de prevención obesidad etc) En el entorno sanitario y con la ayuda de los municipios.	Nº de centros de atención primaria y unidades hospitalarias con agendas de atención programada para promoción de la salud. Nº de centros de salud y unidades hospitalarias con espacio físico para poder desarrollar estos programas.
1.1.2.1. Elaborar e implementar protocolos estructurados de actuación en materia de alimentación saludable y actividad física para la prevención y tratamiento del sobrepeso y la obesidad, con especial atención a personas y grupos en riesgo de vulnerabilidad socioeconómica.	Existencia de protocolos estructurados en alimentación saludable y actividad física.
1.1.2.2. Promoción en atención primaria de la prescripción de consejos en alimentación saludable y práctica de actividad física, en todas las etapas de la vida en población sana, así como en los diferentes estados de salud.	Nº total de pacientes atendidos en AP a los que se les ha prescrito consejos de alimentación saludable y de actividad física / Nº total de pacientes x 100.
1.1.2.3. Integración de los recursos comunitarios disponibles para la promoción de actividad física en la historia clínica electrónica.	Nº de centros de salud con integración de recursos comunitarios en la historia clínica / Nº total de centros de salud x 100.
1.1.2.4. Implantación de la prescripción de actividad física en los centros de atención primaria.	Nº de centros de salud con implantación de la prescripción electrónica de actividad física / Nº total de centros de salud x 100.
1.1.3.1. Incluir los datos de peso, talla e índice de masa corporal en la historia clínica.	Nº de pacientes con registro en la historia clínica de peso, talla e índice de masa corporal en Atención Primaria / Nº total de pacientes x 100.
1.1.3.2. Incorporar variables de alimentación y actividad física en la historia clínica informatizada de atención primaria.	Nº de pacientes con registro en la historia clínica de hábitos de alimentación y actividad física / Nº total de pacientes x 100.
1.1.3.3. Monitorizar los hábitos de alimentación y actividad física y sus determinantes en salud a través de los sistemas de información sanitarios	Nº de pacientes con registro en la historia clínica de actividad física en Atención Primaria / Nº total de pacientes x 100.
1.1.3.4. Sincronizar datos de app salud (wearable health) de la Conselleria u otros con historia clínica electrónica	Existencia de posibilidad de sincronización.
1.1.4.1 Participar en las diferentes estrategias y planes de la Generalitat Valenciana para la	Nº de participaciones en las diferentes estrategias para la promoción de la

promoción de la alimentación saludable y la actividad física.	alimentación saludable y la actividad física.
---	---

Objetivo general 1.2. Impulsar la participación ciudadana en la prevención del exceso de peso.	
Acción	Indicador
1.2.1.1. Estimular la implicación y participación de la población en acciones de promoción de hábitos saludables en la prevención del exceso de peso.	Nº de actividades destinadas a pacientes dedicadas a la promoción de hábitos saludables.
1.2.1.2. Colaborar con los representantes de los ciudadanos en la elaboración de material audiovisual para la promoción de hábitos saludables de alimentación y de actividad física.	Nº de iniciativas audiovisuales dedicadas a la promoción de hábitos saludables de alimentación y de actividad física.
1.2.1.3. Difusión de las acciones y actividades desarrolladas a través de la web de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública y sus canales de comunicación.	Nº de acciones publicadas a través de la web de la Conselleria.
1.2.1.4. Estimular la participación ciudadana en el programa del Pacient Actiu.	Nº de pacientes que participan en el programa del Pacient Actiu / Nº total de pacientes x 100
1.2.1.5 Estimular el desarrollo para la comunidad de proyectos o talleres grupales de alimentación saludable y/o ejercicio físico con la implicación de pacientes expertos	Nº de talleres o proyectos grupales realizados con pacientes expertos

Objetivo general 1.3. Promover entornos saludables para la prevención	
Acción	Indicador
1.3.1.1. Colaborar con las entidades municipales en el fomento de espacios públicos para favorecer la práctica de la actividad física.	Nº de proyectos de colaboración con los municipios para favorecer la actividad física.
1.3.1.2. Estimular el aprovechamiento de los espacios públicos destinados a la práctica de la actividad física por las personas.	Nº de actividades programadas en espacios públicos para la práctica de actividad física.
	Nº de actividades programadas en espacios públicos para la práctica de actividad física a coste cero para los colectivos vulnerables.
1.3.1.3. Promover el estudio y diseño de entornos habitables que faciliten la adherencia a los hábitos saludables.	Nº de proyectos para promover el estudio y diseño de entornos habitables para facilitar la adherencia a los hábitos saludables.
1.3.1.4. Colaborar con entidades privadas a través del mecenazgo en el fomento de espacios y acciones encaminadas a la práctica de la actividad física	Nº de proyectos de colaboración para favorecer la actividad física.

Objetivo general 2.1. Diagnóstico precoz de diabetes mellitus tipo 2	
Acción	Indicador
2.1.1.1. Acciones formativas en el personal sanitario sobre los factores de riesgo asociados a DM-2.	Nº de acciones formativas dirigidas a personal sanitario sobre los factores de riesgo asociados a DM-2.
	Nº de profesionales sanitarios formados/nº total de profesionales sanitarios x100.
2.1.1.2. Colaboración con los agentes de la comunidad que tengan relación con las personas con factores de riesgo de diabetes.	Nº de iniciativas llevadas a cabo por los agentes de la comunidad sobre personas con factores de riesgo de diabetes.

2.1.2.1. Cribado oportunista en la consulta de atención primaria en población con factores de riesgo de DM-2.	Nº de pacientes mayores de 45 años con registro de glucosa en sangre en los últimos 3 años / Nº total de pacientes mayores de 45 años asignados a la consulta de AP.
2.1.2.2. Cribado oportunista automatizado de laboratorio en personas mayores de 45 años con glucemia alterada sin diagnóstico previo de DM-2.	Nº de pacientes mayores de 45 años con glucosa en sangre >110 mg/dl, sin diagnóstico previo de diabetes con HbA1c >6.5% detectada por cribado automatizado / Nº de pacientes mayores de 45 años con glucosa en sangre >110 mg/dl, sin diagnóstico previo de diabetes con determinación de HbA1c realizada por cribado automatizado.
2.1.2.3. Cribado oportunista automatizado de laboratorio en personas entre 20 y 45 años con hipertrigliceridemia y HDL bajo sin diagnóstico previo de DM-2.	Nº de pacientes entre 20-45 años con glucosa en sangre >100 mg/dl, hipertrigliceridemia y HDL bajos, sin diagnóstico previo de diabetes con HbA1c >6.5% detectada por cribado automatizado / Nº de pacientes entre 20-45 años con glucosa en sangre >100 mg/dl, hipertrigliceridemia y HDL bajo, sin diagnóstico previo de diabetes con determinación de HbA1c realizada por cribado automatizado.
2.1.2.4. Diseño de vía clínica para la atención de los pacientes diagnosticados mediante el cribado oportunista de laboratorio.	Existencia de vía clínica para para la atención en AP de los pacientes diagnosticados por cribado oportunista de laboratorio.

Objetivo general 2.2. Detección precoz de la diabetes mellitus tipo 1.

Acción	Indicador
2.2.1.1. Acciones divulgativas a la población de las manifestaciones clínicas de la diabetes mellitus tipo 1.	Nº de intervenciones divulgativas dirigidas a la población.
2.2.1.2. Acciones divulgativas y formativas dirigidas al personal docente de las manifestaciones clínicas de la diabetes mellitus tipo 1.	Nº de intervenciones divulgativas y formativas dirigidas a personal docente.
2.2.2.1. Elaboración de ruta clínica en caso de hiperglucemia población infanto-juvenil.	Existencia de ruta clínica en caso de hiperglucemia en población infanto-juvenil.
2.2.2.2. Elaboración de ruta clínica en caso de hiperglucemia asociada a síntomas cardinales, en mayores de 18 años, objetivada en atención primaria.	Existencia de ruta clínica en caso de hiperglucemia asociada a síntomas cardinales en mayores de 18 años.

Objetivo general 2.3. Detección precoz de la diabetes mellitus tipo 2

Acción	Indicador
2.3.1.1. Acciones divulgativas a la población de los factores de riesgo de DM-2.	Nº de intervenciones divulgativas dirigidas a la población.
2.3.1.2. Acciones divulgativas a la población de las manifestaciones clínicas de la DM-2.	Nº de intervenciones divulgativas y formativas dirigidas a la población.
2.3.2.1. Colaboración con activos de la sociedad para detectar los pacientes con riesgo de DM-2 y acudan a atención primaria.	Nº de acciones de colaboración con activos de la sociedad.
2.3.2.2 Colaboración con activos de la sociedad para detectar los pacientes con síntomas de DM-2 y acudan a atención primaria.	Nº de acciones de colaboración con activos de la sociedad.

Objetivo general 3.1. Establecer mejoras en la organización y coordinación entre especialidades y niveles asistenciales para conseguir una atención integral e integrada a las personas con diabetes mellitus.	
Acción	Indicador
3.1.1.1. Definición de la estructura y cartera de servicios de la Atención Primaria en el abordaje de la diabetes.	Existencia de la descripción de la estructura y cartera de servicios de la Atención Primaria en el abordaje de la diabetes.
3.1.1.2. Definición de la estructura y cartera de servicios de las unidades de diabetes.	Existencia de la descripción de la estructura y cartera de servicios de las unidades de diabetes en el abordaje de la diabetes.
3.1.1.3. Definición de la estructura y cartera de servicios de las unidades de diabetes de referencia.	Existencia de la descripción de la estructura y cartera de servicios de las unidades de diabetes de referencia en el abordaje de la diabetes.
3.1.1.4. Definición de la estructura y cartera de servicios de las UFIDs.	Existencia de la descripción de la estructura y cartera de servicios de las UFID en el abordaje de la diabetes.
3.1.2.1. Creación de las UFID departamentales.	Nº de UFID / Nº total de departamentos.
3.1.2.2. Potenciar la comunicación y participación en el seno de las UFID.	Nº de UFID con al menos una reunión anual / Nº total de UFID.
3.1.2.3. Promover las actividades entre niveles asistenciales en el ámbito de la unidad funcional de diabetes.	Descripción de memoria de objetivos y acciones de las UFID.
3.1.3.1. Elaboración del mapa de recursos por departamento.	Existencia del mapa de recursos por departamento.
3.1.3.2. Favorecer el trabajo en red entre departamentos.	Descripción de las vías asistenciales para la atención de los problemas de salud por otros centros cuando precisan atención más allá del departamento de origen.
3.1.3.3. Fomentar la comunicación entre departamentos para identificar acciones y actividades que ya se están llevando a cabo en algún centro y que puedan ser beneficiosas para el resto.	Reuniones interdepartamentales de representantes de UFID para el intercambio de experiencias e identificación de acciones locales que puedan desarrollarse en el ámbito de la Comunitat.

Objetivo general 3.2. Disminuir la variabilidad en la asistencia a las personas con diabetes.	
Acción	Indicador
3.2.1.1. Elaboración de los procesos asistenciales integrados (PAI) en DM-2 y DM-1.	Existencia de los documentos de PAI en diabetes.
3.2.1.2. Difusión y formación dirigida a los profesionales de los PAI de diabetes.	Nº de actividades de difusión y formación de los PAI dirigidas a los profesionales.
	Nº de profesionales sanitarios formados/nº total de profesionales sanitarios x100.
3.2.1.3. Diseño de la ruta asistencial de DM-2 y DM-1 en cada departamento, basadas PAI de diabetes.	Nº de departamentos con rutas asistenciales en DM / Nº total de departamentos.

Objetivo general 3.3. Mejorar los resultados de salud y la calidad de vida de las personas con diabetes, así como reducir la morbilidad y la mortalidad de las personas con diabetes.	
Acción	Indicador
3.3.1.1. Evaluar el grado de cumplimiento de las	Indicadores de resultados de salud y proceso

recomendaciones de la ruta asistencial de DM en cada departamento.	del programa Alumbra.
3.3.1.2. Implicar en la gestión a las UFID para mejorar el grado de cumplimiento de las recomendaciones de la ruta de DM.	Nº de intervenciones de las UFID con aportaciones en la mejora del cumplimiento de las recomendaciones de la ruta de DM en el departamento.
3.3.1.1. Desarrollar medidas para mejorar la adherencia terapéutica a las recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas de la diabetes y los factores de riesgo cardiovascular.	Existencia de las medidas para mejorar la adherencia terapéutica.
3.3.1.2. Controlar la adherencia terapéutica a las recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas.	Nº de registros de adherencia terapéutica.
3.3.3.1. Analizar los resultados de control de la diabetes y los factores de riesgo cardiovascular, incidencia de complicaciones y mortalidad en la población con DM.	Indicador de control de DM (Alumbra).
	Indicador de control de tensión arterial <140/90 mmHg (Alumbra).
	Indicador de control de LDL <100 mg/dl (Alumbra).
	Indicador de IMC <30 Kg/m ² (Alumbra).
	Indicador de tabaquismo (Alumbra).
	Incidencia de accidente cerebrovascular (Alumbra).
	Incidencia de cardiopatía isquémica (Alumbra).
	Incidencia de amputaciones no traumáticas (Alumbra).
	Incidencia de diálisis (Alumbra).
	Indicador arteriopatía periférica (Alumbra).
	Indicador de nefropatía diabética (Alumbra).
	Indicador de neuropatía diabética (Alumbra).
	Indicador de retinopatía diabética (Alumbra).
	Indicador de hipoglucemia (Alumbra).
Indicador de descompensación hiperglucémica (Alumbra).	
Indicador de ingreso hospitalario y acidosis (Alumbra).	

Objetivo general 3.4. Empoderar al paciente con diabetes mellitus en la gestión de su enfermedad a través de la educación terapéutica en diabetes.	
Acción	Indicador
3.4.1.1. Elaboración del programa de educación terapéutica en mellitus tipo 1 infanto-juvenil y de adultos.	Existencia del programa de educación terapéutica en diabetes mellitus tipo 1 infanto-juvenil y de adultos.
3.4.1.2. Elaboración del programa de educación terapéutica en diabetes mellitus tipo 2.	Existencia del programa de educación terapéutica en diabetes mellitus tipo 2.
3.4.1.3. Difusión y formación del programa de educación terapéutica en diabetes dirigida a profesionales.	Nº de actividades destinadas a difusión y formación.
	Nº de profesionales sanitarios formados/nº total de profesionales sanitarios x100.
3.4.1.4. Implementar intervenciones educativas en los centros de salud.	Nº de centros que introduzcan pacientes en plataforma de seguimiento de las intervenciones educativas / Nº total de centros en la Comunitat Valenciana.
3.4.1.5. Participación imprescindible de profesionales de enfermería en el desarrollo de las	Existencia por escrito de enfermera o enfermero responsable en cada centro de la

intervenciones educativas en los centros de la Comunitat Valenciana.	Comunitat con revisión anual.
3.4.1.6. Adaptación de agendas de enfermería a las recomendaciones consensuadas en los programas de educación terapéutica.	Existencia de agendas específicas para las intervenciones educativas que constituyen los programas de educación terapéutica.
3.4.2.1. Integrar el material de educación terapéutica en diabetes en los recursos digitales corporativos.	Disponibilidad de los materiales de educación terapéutica en diabetes en los recursos digitales corporativos.
3.4.2.2. Fomentar el uso del material de educación terapéutica en diabetes.	Nº de profesionales de enfermería que utilicen el material de educación terapéutica en diabetes / Nº total de profesionales de enfermería.
3.4.3.1. Colaborar con los pacientes a través de las asociaciones de personas con diabetes en la elaboración de material educativo y divulgativo para su difusión por ellos.	Nº de documentos de material educativo y divulgativo elaborado con la colaboración de las personas con diabetes para su difusión por ellos.
3.4.3.2. Promocionar las actividades de autocuidados en diabetes dentro del programa del Pacient Actiu.	Desarrollo de las intervenciones de autocuidados en diabetes en el programa del Pacient Actiu.

Objetivo general 3.5. Optimizar y homogeneizar los registros relacionados con la diabetes

Acción	Indicador
3.5.1.1. Selección y normalización de los códigos CIE más apropiados para la asignación diagnóstica y posterior elaboración del catálogo CIE relacionado con la diabetes.	Descripción del catálogo CIE relacionado con la diabetes.
3.5.1.2. Difusión del catálogo CIE relacionado con la diabetes.	Nº de intervenciones de difusión del catálogo CIE relacionado con la diabetes.
3.5.1.3. Formación dirigida a los profesionales a través de la unidad funcional integral de diabetes en el catálogo de diagnósticos CIE relacionados con la diabetes.	Nº de intervenciones de formación del catálogo CIE relacionado con la diabetes.
3.5.2.1. Colaboración con SIA para la adaptación de la historia clínica electrónica y facilite la recogida de datos relacionados con la diabetes.	Nº de intervenciones de mejora en SIA para la adaptación de la historia clínica electrónica con la finalidad de mejorar los registros relacionados con la diabetes.

Objetivo general 4.1. Mejorar la atención a la mujer embarazada con diabetes pregestacional.

Acción	Indicador
4.1.1.1. Colaborar en la Estrategia de Alimentación Saludable y Actividad Física.	Participación en la estrategia de alimentación saludable y actividad física.
4.1.2.1. Elaboración de los procesos asistenciales para la atención a la mujer embarazada con diabetes pregestacional.	Existencia del documento de procesos asistenciales para la atención a la mujer con diabetes pregestacional.
4.1.2.2. Definición del programa de educación terapéutica.	Existencia del programa de educación terapéutica para la embarazada con diabetes pregestacional.
4.1.2.3. Facilitar la comunicación entre niveles asistenciales.	Existencia de la ruta de atención a la mujer con diabetes pregestacional en los departamentos.
4.1.2.4. Realizar consulta preconcepcional.	Nº de mujeres embarazadas con diabetes pregestacional atendidas en UD previamente a

	la gestación / Nº total de mujeres embarazadas con diabetes pregestacional x 100.
4.1.2.5 Elaboración de la guía de cuidados periparto.	Existencia de guía de cuidados periparto.
4.1.2.6. Evaluación de la hipoglucemia neonatal y de otras complicaciones del recién nacido.	Nº de recién nacidos de madres con diabetes pregestacional con evaluación de hipoglucemia neonatal / Nº total de recién nacidos de madres con diabetes pregestacional x 100.
4.1.2.7. Revaluación de las necesidades del tratamiento antidiabético postparto.	Nº de madres con diabetes pregestacional previa con ajuste del tratamiento antidiabético en el puerperio / Nº total de madres con diabetes pregestacional x 100.
4.1.2.8. Difusión de las recomendaciones a los profesionales.	Nº de actividades de formación y difusión dirigidas a los profesionales.

Objetivo general 4.2. Mejorar la atención a la mujer embarazada con diabetes gestacional.

Acción	Indicador
4.2.1.1. Colaborar en la Estrategia de Alimentación Saludable y Actividad Física.	Participación en la estrategia de alimentación saludable y actividad física.
4.2.1.2. Desarrollar la guía con Información a todas las mujeres en edad fértil para mantener hábitos de vida saludables.	Existencia de documentación con información dirigida a las mujeres en edad fértil para mantener hábitos de vida saludables.
4.2.2.1. Elaboración de los procesos asistenciales para la atención a la mujer embarazada con diabetes gestacional.	Existencia del documento de procesos asistenciales para la atención a la mujer con diabetes gestacional.
4.2.2.2. Definición del programa de educación terapéutica.	Existencia del programa de educación terapéutica para la embarazada con diabetes gestacional.
4.4.2.3. Facilitar la comunicación entre niveles asistenciales.	Existencia de la ruta de atención a la mujer con diabetes gestacional en los departamentos.
4.4.2.4. Realizar cribado universal de diabetes gestacional	Nº de mujeres gestantes con cribado de diabetes gestacional / Nº total de mujeres gestantes.
4.4.2.5. Elaboración de la guía de cuidados periparto.	Existencia de guía de cuidados periparto.
4.4.2.6. Evaluación de la hipoglucemia neonatal y de otras complicaciones del recién nacido.	Nº de recién nacidos de madres con diabetes gestacional con evaluación de hipoglucemia neonatal / Nº total de recién nacidos de madres con diabetes gestacional x 100.
4.4.2.7. Revaluar la situación de la alteración del metabolismo hidrocarbonado postparto.	Nº de mujeres con diabetes gestacional que han recibido revaluación de la alteración del metabolismo hidrocarbonado postparto / Nº total de mujeres con antecedentes de diabetes gestacional x 100.
4.4.2.8. Difusión de las recomendaciones a los profesionales.	Nº de actividades de formación y difusión dirigidas a los profesionales.

Objetivo general 4.3. Promoción de la lactancia materna.

Objetivos específicos	Acciones
4.3.1.1. Redactar el documento de consejos saludables y de la lactancia materna para mujeres con diabetes gestacional o pregestacional dirigido a profesionales.	Existencia de documento de promoción de la lactancia materna.
4.3.1.2. Difusión y formación a profesionales.	Nº de actividades dirigidas a los profesionales.

4.3.2.1. Difusión de la guía de consejos saludables y de lactancia materna dirigida a mujeres con diabetes gestacional y pregestacional.	Nº de actividades dirigidas a las mujeres.
--	--

Objetivo general 5.1. Evaluar y facilitar el acceso a las nuevas terapias y tecnologías que puedan mejorar los cuidados, resultados de salud y la calidad de vida de las personas con diabetes.	
Acción	Indicador
5.1.1.1. Creación de grupos de trabajo multidisciplinares para la evaluación, priorización y asesoramiento de nuevas terapias y tecnologías.	Existencia de grupo de trabajo para la evaluación, priorización y asesoramiento de nuevas terapias y tecnologías.
5.1.1.2. Asesoramiento a la Direcciones Generales correspondientes en la toma de decisiones.	Nº de actividades de asesoramiento
5.1.2.1. Evaluación de los resultados de las iniciativas aprobadas.	Creación de indicadores específicos según las nuevas iniciativas.
5.1.2.2. Difusión de los resultados	Nº de informes de comunicación.

Objetivo general 5.2. Velar por el uso racional de los tratamientos farmacológicos.	
Acción	Indicador
5.2.1.1. Creación del subcomité multidisciplinar de posicionamiento terapéutico en diabetes.	Existencia de subcomité.
5.2.1.2. Redacción de documentos con las pautas para el uso racional de los fármacos antidiabéticos.	Nº de documentos elaborados.
5.2.1.3. Difusión de los documentos con las pautas para el uso racional de los fármacos antidiabéticos.	Nº de iniciativas de difusión.
5.2.1.4. Formación a los profesionales sobre el uso racional de los recursos terapéuticos.	Nº de actividades de formación.
	Nº de profesionales sanitarios formados/nº total de profesionales sanitarios x100.
5.2.1.5. Potenciar la participación de los profesionales en la gestión en el marco de la UFID.	Nº de actividades de participación en la gestión en el marco de la UFID.
5.2.2.1. Evaluar los patrones de prescripción según combinación de fármacos y condiciones clínicas.	Nº de evaluaciones de patrones de prescripción.
5.2.2.2. Estimar las situaciones de inadecuación terapéutica.	Nº de inadecuaciones detectadas.
5.2.3.1. Preparar boletines periódicos con los patrones de prescripción recomendados y los resultados de las acciones evaluadas.	Nº de boletines elaborados.
5.2.3.2. Comunicar los resultados a los profesionales para promover la autoevaluación e iniciativas de optimización en la prescripción.	Nº de actividades de difusión.
	Nº de inadecuaciones farmacológicas corregidas/Nº de inadecuaciones detectadas x 100.
	Nº de pacientes que han mejorado el control de la diabetes tras la revisión/Nº de pacientes revisados x100.
5.2.3.3. Favorecer la participación de las Unidades de Diabetes, Servicios de Farmacia departamentales y Atención Primaria en el ámbito de las UFID para proponer las acciones de mejora necesaria en cada departamento de salud.	Nº de actividades de las UFID.

Objetivo general 5.3. Impulsar iniciativas para el desarrollo de la Diabetes 2.0 en la Comunitat Valenciana.	
Acción	Indicador
5.3.1.1. Crear un espacio web sobre diabetes en el dominio de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.	Existencia de espacio web para contenido en diabetes.
5.3.1.2. Aportar información a la ciudadanía sobre prevención, tratamientos, recursos sociosanitarios, material educativo y aquellos temas cuya difusión pueda suponer un beneficio para los usuarios y usuarias a través de las TICs.	Nº de actividades y documentos.
5.3.1.3. Estimular la participación de los profesionales y de las personas con diabetes en la elaboración del contenido digital.	Nº de actividades y documentos elaborados con la colaboración entre profesionales y personas con diabetes.
5.3.1.4. Promover la elaboración de materiales educativos con la participación de personas con diabetes.	Nº de materiales educativos con participación de personas con diabetes.
5.3.2.1. Facilitar el acceso y la formación a las aplicaciones informáticas de Conselleria para estimular la participación en la gestión clínica.	Nº de actividades de formación sobre las aplicaciones informáticas.
5.3.2.2. Trabajar para la integración de los resultados de las variables de salud, como la glucemia o la glucosa intersticial, en las herramientas de gestión clínica.	Nº de iniciativas de integración en la historia clínica.
5.3.2.3. Colaborar con los recursos informáticos de la Conselleria para ofrecer recursos sobre diabetes a la población.	Nº de recursos sobre diabetes ofrecidos.
5.3.2.4. Creación de app conectada con health wearable que registre las variables de salud y que puedan exportarse a la historia clínica electrónica.	Existencia de aplicación
	Nº de usuarios de la aplicación
	Nº de historias clínicas con integración de la información.
5.3.3.1. Proponer agendas de teleconsulta para la atención de personas con diabetes.	Nº de UD con agenda de teleconsulta / Nº total de UD x 100.
	Nº de atenciones en agenda de teleconsulta.
5.3.3.2. Potenciar el uso de las consultas no presenciales entre niveles asistenciales.	Nº de consultas no presenciales sobre diabetes en AP / Nº total de consultas sobre diabetes en AP x 100.
	Nº de pacientes consultados que mejoran el control de la diabetes/ Nº de pacientes consultados x 100.

Objetivo general 6.1. Reducir las inequidades en todos los niveles de actuación por la condición social, lugar de residencia, etnia, género, creencia, edad o cualquier otra circunstancia que implique situación de exclusión social o vulnerabilidad.	
Acción	Indicador
6.1.1.1. Determinar el mapa epidemiológico de vulnerabilidad o exclusión social y diabetes de la Valenciana.	Existencia del mapa.
6.1.2.1. Analizar la situación administrativa de las personas en estas situaciones.	Existencia del estudio.
6.1.2.2. Estudiar la situación sociosanitaria de los determinantes de salud, el contexto y los condicionantes que influyen sobre la diabetes en estos grupos de personas.	Existencia del análisis.
6.1.2.3. Mejorar el conocimiento del personal sanitario de las costumbres de los diferentes colectivos, especialmente de la etnia gitana, (como grupo mayoritario entre las minorías y mayor prevalencia de diabetes), en relación con la salud y la enfermedad	Nº de acciones formativas al personal sanitario.
6.1.2.4. Mejorar el conocimiento acerca de los usos costumbres de la población árabe y de las fechas del periodo del ramadán.	Existencia de aviso en SIA de las fechas del ramadán con texto que invite a revisar la medicación antidiabética en los pacientes que vayan a seguir el ramadán.
6.1.2.5. Incluir las variables sociales en la historia clínica.	Nº de historias clínicas de personas vulnerables con diabetes que contengan variables sociales / Nº total de historias clínicas de personas vulnerables con diabetes x 100.
6.1.3.1. Identificar y caracterizar las necesidades de estos grupos para desarrollar los programas de medida específicos.	Existencia de informes de necesidades por grupos
6.1.4.1. Estudiar la accesibilidad de los pacientes con diabetes a los recursos de asistencia especializada por lugar de residencia.	Nº de pacientes con diabetes remitida a endocrinología según categoría del núcleo poblacional departamental / Nº de pacientes con diabetes del departamento x 100.

Objetivo general 6.2. Promoción de la equidad en todos los niveles de actuación: promoción de la salud, prevención primaria, secundaria y terciaria y en la asistencia sanitaria.	
Acción	Indicador
6.2.1.1. Promover campañas de información de acceso universal a la asistencia sanitaria en diversos idiomas y en entornos próximos a personas que lo necesiten.	Existencia de campañas y documentos informativos.
6.2.1.2. Promover la educación en salud para la prevención y el tratamiento dirigida al paciente y personas de su entorno, adaptándola a las circunstancias y necesidades de cada colectivo.	Existencia de material de educación para cada colectivo.
6.2.1.3. Crear protocolos específicos, según las necesidades de cada grupo, para facilitar el acceso a la asistencia sanitaria.	Existencia de protocolos específicos de acceso a la asistencia sanitaria.
6.2.1.4. Organizar campañas para diagnóstico en diversos idiomas y en entornos próximos a estos grupos.	Existencia de campañas informativas para diagnóstico con adaptación idiomática.

6.2.2.1. Ofrecer información y formación para promover concienciación y sensibilización entre los profesionales y la población general para evitar la estigmatización.	Nº de actividades informativas y formativas dirigida a profesionales. Nº de profesionales sanitarios formados/nº total de profesionales sanitarios x100.
6.2.2.2. Estimular la creación de grupos solidarios de voluntarios para la promoción de hábitos saludables y colaborar en la educación terapéutica.	Nº de grupos solidarios voluntarios con dedicación a la promoción de hábitos saludables.
6.2.2.3. Facilitar la formación de activos de salud a través de los líderes de las comunidades vulnerables.	Nº de activos de salud en las comunidades vulnerables.
6.2.2.4. Favorecer el empoderamiento individual y colectivo a través de la participación de la comunidad para mejorar los conocimientos y habilidades de sus miembros y hacerlos partícipes de la toma de decisiones.	Nº de intervenciones comunitarias.

Objetivo general 6.3. Garantizar la aplicación de las medidas de la estrategia a todas las personas.	
Acción	Indicador
6.3.1.1. Creación de equipos multidisciplinares para el manejo consensuado y coordinado de la diabetes en las poblaciones vulnerables.	Existencia de equipos multidisciplinares.
6.3.1.2. Promocionar la incorporación de la equidad en la salud y la sanidad en los temarios de formación de grado y postgrado, así como en los programas de formación continua y continuada.	Existencia de propuesta dirigida a las universidades. Nº de intervenciones de formación continua y continuada con contenido en equidad.
6.3.1.3. Requerir a las sociedades científicas formación en equidad a sus socios.	Existencia de propuesta dirigida a las sociedades científicas. Nº de intervenciones formativas con contenido en equidad.
6.3.1.4. Promover acciones comunitarias en Atención Primaria a través de alianzas intersectoriales (educación, servicios sociales, agentes locales, salud pública, ...).	Nº de acciones comunitarias intersectoriales.
6.3.1.5. Crear equipos sociosanitarios coordinados para la detección en el medio de estos grupos, en ámbitos de las organizaciones no gubernamentales (ONG), en centros de alojamiento y restauración.	Existencia de equipos sociosanitarios.
6.3.1.6. Realizar la gestión de casos con seguimiento por equipos mixtos de los casos detectados para evitar en la medida de lo posible complicaciones.	Existencia de protocolos de gestión de casos. Nº de pacientes que han requerido la gestión del caso.
6.3.2.1. Facilitar información para completar los trámites administrativos, como el acceso a tarjetas sanitarias.	Existencia de vía informativa.
6.3.3.1. Elaborar catálogos y guías detalladas de recursos humanos, institucionales y sociosanitarios para profesionales y para pacientes, adaptadas en idiomas y pictogramas para facilitar su comprensión. El ámbito de los recursos debe recoger los servicios comunitarios, departamentales, por localidades y mancomunado en zonas con escasa población.	Nº de documentos de recursos. Nº de departamentos con documentos de recursos / Nº total de departamentos x 100.
6.3.3.2. Garantizar el acceso a los fármacos y	

productos sanitarios a través de los recursos sociosanitarios y de sus condiciones de mantenimiento.	Nº de recursos.
	Nº de departamentos con recursos / Nº total de departamentos x 100.
6.3.3.3. Proveer una alimentación adecuada a través de comedores colectivos y bancos de alimentos para las personas que lo necesiten.	Nº de recursos.
	Nº de departamentos con recursos / Nº total de departamentos x 100.
6.3.3.4. Habilitar espacios con condiciones higiénicas adecuadas para garantizar la salud y la alimentación, así como la conservación y administración de los tratamientos para las personas que lo precisen	Nº de recursos.
	Nº de departamentos con recursos / Nº total de departamentos x 100.
6.3.3.5. Elaboración e implantación de protocolos en situaciones de hospitalización y tras el alta hospitalaria para facilitar el acompañamiento cuando se precise y la simplificación de trámites para acceder a los recursos sociosanitarios.	Existencia de protocolos.
	Nº de departamentos con protocolos / Nº total de departamentos x 100.

OG 7.1. Asegurar la presencia de enfermeras o enfermeros educadores de diabetes en las unidades de diabetes.

Acciones	Indicador
7.1.1.1. Analizar la dotación de personal de enfermería dedicado a educación terapéutica en diabetes en las unidades de diabetes y su previsible edad de jubilación.	Existencia del informe.
7.1.2.1. Elaboración de un informe con las futuras necesidades de personal de educación terapéutica.	Existencia del informe.
7.1.2.2. Desarrollar propuestas para evitar la carencia de enfermería de educación terapéutica en las unidades de diabetes por razón de jubilación laboral.	Nº de propuestas.
7.1.3.1. Desarrollar un programa de formación en educación terapéutica en diabetes para unidades de diabetes dirigido a profesionales de enfermería.	Existencia del programa.
7.1.3.2. Crear cursos de formación continuada de educación terapéutica en diabetes para unidades de diabetes, dirigido a enfermería, en colaboración con la EVES.	Nº de cursos.

OG 7.2. Ofrecer formación a los médicos y médicas de atención primaria y otros especialistas.

Acciones	Indicador
7.2.1.1. Establecer un programa de formación en diabetes y su prevención, en colaboración con la EVES dirigido a médicos.	Existencia del programa.
7.2.1.2. Desarrollar cursos de formación continuada en diabetes dirigida a médicos, en colaboración con la EVES, de ámbito autonómico.	Nº de cursos.
7.2.2.1. Promocionar la participación de los profesionales médicos del departamento en coordinación con las unidades de diabetes, para la evaluación de las necesidades formativas.	Nº de reuniones de los médicos de la UFID con determinación las necesidades formativas.

7.2.2.2. Potenciar el desarrollo actividades de formación multidisciplinar en los departamentos de salud.	Nº de acciones formativas en los departamentos.
7.2.3.1. Facilitar la formación a través de las nuevas tecnologías.	Nº de cursos a través de las TICs.
7.2.3.2. Disponer el material formativo en la red informática de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.	Nº de documentos y actividades formativas disponibles en la web de Conselleria.
7.2.3.3. Difusión a través de los canales de comunicación online de la Conselleria.	Nº de intervenciones de comunicación online.

OG 7.3. Ofrecer formación a enfermería de atención primaria en educación terapéutica en diabetes.

Objetivos específicos	Acciones
7.3.1.1. Establecer un programa de formación en educación terapéutica y cuidados en diabetes y su prevención, en colaboración con la EVES dirigido a enfermería de atención primaria.	Existencia del programa de formación.
7.3.1.2. Desarrollar cursos de formación continuada en diabetes y su prevención dirigida a enfermería de atención primaria, en colaboración con la EVES, de ámbito autonómico.	Nº de cursos de formación continuada.
7.3.2.1. Promocionar la participación de los profesionales de enfermería de atención primaria del departamento en coordinación con las unidades de diabetes, para la evaluación de las necesidades formativas.	Nº de reuniones de los profesionales de enfermería de la UFID con determinación las necesidades formativas.
7.3.2.2. Potenciar el desarrollo actividades de formación multidisciplinar en los departamentos de salud.	Nº de actividades formativas multidisciplinarias.
7.3.3.1. Facilitar la formación a través de las nuevas tecnologías.	Nº de actividades a través de las TICs.
7.3.3.2. Disponer el material formativo en la red informática de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.	Nº de documentos y actividades formativas disponibles en la web de Conselleria.
7.3.3.1. Difusión a través de los canales de comunicación online de la Conselleria.	Nº de intervenciones de comunicación online.

OG 7.4. Colaborar con la formación de los y las profesionales de la educación en las necesidades de los niños, niñas y jóvenes con diabetes mellitus en los centros educativos.

Acciones	Indicador
7.4.1.1. Cooperar con los profesionales de la educación, a través de acciones de formación específicas según las necesidades de los escolares con diabetes mellitus tipo 1.	Nº de acciones formativas dirigidas a los docentes.
7.4.1.2. Colaborar con la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte para desarrollar un programa de formación en diabetes dirigido a los docentes.	Existencia del programa.
7.4.2.1. Evaluar los circuitos de comunicación entre	Existencia del informe.

los centros educativos y los centros sanitarios.	
7.4.2.2. Establecer las mejoras de comunicación y respuesta entre los centros educativos y los recursos sanitarios.	Nº de propuestas de mejoras.

OG 7.5. Promover la investigación en diabetes.	
Acciones	Indicador
7.5.1.1. Creación de un comité de investigación en diabetes.	Existencia del comité de investigación en diabetes.
7.5.1.2. Desarrollar una red de investigación interdepartamental y multidisciplinar en diabetes.	Existencia red de investigación.
	Nº de proyectos de investigación.
7.5.1.3. Investigar el impacto y la calidad de las acciones llevadas a cabo en el ámbito de la estrategia de diabetes para implementar acciones de mejora continua.	Nº de evaluaciones.
7.5.2.2. Analizar los resultados de la actividad a través de la historia clínica electrónica y las TICs.	Nº de informes de resultados.
7.5.2.3. Investigar la existencia y evolución de las desigualdades en diabetes y sus determinantes.	Nº de estudios en desigualdades en diabetes y sus determinantes.
7.5.3.1. Fomentar la participación de los ciudadanos con los profesionales en el diseño de los proyectos de investigación.	Nº de proyectos con participación ciudadana.
7.5.3.2. Comunicar la importancia de los resultados alcanzados a los profesionales y a la ciudadanía.	Nº de intervenciones de comunicación.
7.5.3.3. Compartir experiencias en reuniones interdepartamentales para evaluar su impacto y proponer el desarrollo a nivel autonómico de aquellas que se identifiquen como beneficiosas	Nº de reuniones interdepartamentales.

14. BIBLIOGRAFÍA

Artola Menéndez S, Rovira Loscos A, Ricart W. Coordinación multidisciplinaria en el abordaje de la diabetes mellitus tipo 2. *Med Clin* 2010; 135 (Suppl 2): 27-32.

Ascaso Gimilio JF, Henares Gómez F, Almenar Roig F, Borrás Moliner MJ, Revert SempereR, Carmena Rodríguez R. Plan de Diabetes de la Comunidad Valenciana 1996. Conselleria de Sanitat, 1996.

Chatterjee R, Venkat Narayan KM, Lipscomb J, Phillips LS. Screening Adults for Pre-Diabetes and Diabetes May Be Cost-Saving. *Diabetes Care* 33: 1484–1490, 2010.

Daniel Laparra Casado, Nicolás Jiménez González. *Sastipen Aj Roma, desigualdad en salud y comunidad gitana*. Universitat d'Alacant, 2016.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud, actualización*. Madrid, 2016.

Franch Nadal J, Artola Menéndez S, Diez Espino J, Mata Cases M; en representación de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud. Evolución de los indicadores de calidad asistencial al diabético tipo 2 en atención primaria (1996–2007). Programa de mejora continua de calidad de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud. *Med Clin* 2010; 135: 600-7.

Francisco Javier García Soidán. Centros de excelencia en diabetes: estándares de calidad. *Diabetes Práctica* 2014; 5: 49-96.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat *Estudio Valencia: investigación de la prevalencia de diabetes mellitus y síndrome metabólico*, 2010.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. *Estudio Valencia (II): prevalencia de obesidad, hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo y resistencia a la insulina*, 2010.

Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. *IV Plan de Salud 2016-2020 de la Comunitat Valenciana*, 2016.

Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. *Memoria de Gestión Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública 2016*, 2017.

Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat. *Plan de Diabetes de la Comunidad Valenciana 2006-201*, 2006.

Generalitat, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, Direcció General de Salut Pública. *Promoció de la Salut en l'àmbit educatiu. Viure en Salut* 107. Juliol i octubre 2016.

Guía de práctica clínica sobre diabetes.

http://www.guiasalud.es/egpc/diabetes_2017/completa/apartado01/presentacion.html

Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Economía y Competitividad. Hidalgo Á, Oliva J, Rubio M, Zozaya N, Villoro R, García S. "Estudios de coste de la diabetes tipo 2: una revisión de la literatura". Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias - Instituto de Salud Carlos III, febrero de 2015.

International Diabetes Federation. International Charter of Rights and Responsibilities of people with diabetes. <https://www.idf.org/about-diabetes/charter-of-rights.html>.

Knowler W, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM. Reduction in the incidence of type 2 with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002; 346: 393-403.

Lindstrom J, Louheranta A, Mannelin M, Rastas M, Salminen V, Eriksoon J. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes Care* 2003; 26: 3230-3236.

Lindstrom J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, Aunola S, Eriksson J, Hemio K. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet* 2006; 368: 1673-1679.

Mata-Cases M, Artola S, Escalada J, Ezkurra-Loyola P, Ferrer-García JC, Fornos JA, Girbés J, Rica I; en nombre del Grupo de Trabajo de Consensos y Guías Clínicas de la Sociedad Española de Diabetes. Consensus on the detection and management of prediabetes. Consensus and Clinical Guidelines Working Group of the Spanish Diabetes Society. *Endocrinol Nutr.* 2015; 62: e23-36.

McQueen DV, Wismar M, Lin V, Jones CM, Davies M. Gobernanza Intersectorial para la Salud en Todas las Políticas, Estructuras, acciones y experiencias. Organización Mundial de la Salud 2012, en nombre del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud.

Merino B, Campos P, Santaolaya M, Gil A, Vega J, Swift T. Proceso formativo en equidad en salud en España: Integración del enfoque de determinantes sociales de la salud y equidad en las estrategias, programas y actividades de salud.

Este documento es parte de la Serie de Discussion Papers de la OMS sobre Determinantes Sociales en Salud (DSS). La versión en inglés está disponible como Discussion Paper 9 en: http://www.who.int/social_determinants/publications/en/ Edición en español en curso.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estudio Aladino 2015. Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2015. Madrid, 2016.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Segunda Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana, 2014. Madrid, 2016.

Naciones Unidas. Resolución 61/225 día mundial de la diabetes. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/507/90/PDF/N0650790.pdf?OpenElement>.

Pan X, Li g, Hu Y, Wang J, Yang W, An Z. Effects of diet and exercise in preventing NIDMM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care* 1997; 20: 537-544.

Ramachandran A, Snehalatha C, Mary S, Mukesh B, Bhaskar A, Vijay V. The Indian Diabetes Prevention Programme shows that lifestyle modification and metformin prevent type 2 diabetes in Asian Indian subjects with impaired glucose tolerance (IDPP-1). *Diabetologia* 2006; 49: 289-297.

Salinas M, López-Garrigós M, Flores E, Leiva-Salinas M, Lugo J, Pomares FJ, Asencio A, Ahumada M, Leiva-Salinas C. Automatic laboratory-based strategy to improve the diagnosis of type 2 diabetes in primary care. *Biochem Med (Zagreb)*. 2016; 26: 121-8.

Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetologia* 2012; 55: 88-93.

The NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2017. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32129-3.

15. ANEXOS

Anexo 1. Asociaciones de personas con diabetes en la Comunitat Valenciana

Asociaciones adscritas a FEDICOVA:

Federación de Diabéticos de la Comunidad Valenciana

Plaza de la Hispanidad, nº 3. 03600. Elda

Tel. 607 36 31 39

E-mail: informacion@fedicova.org

Asociación Diabéticos de Alcoy y Comarca

C/ La Sang, 1. 03801. Alcoy

TEL. 965545629 – 678450424

E-mail: diabeticosalcoi@telefonica.net

Unión Diabéticos Alicante

C/ Olof Palme nº9, local 8. 03010. Alicante

TEL. 965297849

E-mail: uniondiabeticosalicante@gmail.com

Asociación de Diabéticos de Denia y Comarca

C/ Sant Josep, 6. 03700. Denia

TEL. 665588055

E-mail: diabeticosdenia@gmail.com

Asociación de Diabéticos de Elche y Comarca

Paseo de la Juventud, 3. 03201. Elche

TEL.966636787

E-mail: adec@adec.e.telefonica.net

Asociación de Diabéticos de Orihuela y Comarca

Avda. Duque de Tamames, 39. 03300. Orihuela

TEL. 965302335

E-mail: adocorihuela@hotmail.com

Asociación de Diabéticos de Pego y Comarca

C/Llavador, 5. – Apartado de correos,76. 03780. Pego

TEL. 966400106

E-mail: diabpego@gmail.com

Asociación de Diabéticos La Plana Baixa

Colonia Segarra, 75, 12600 Vall D'Uxó.

TEL. 679685785

E-mail: nassioarnau@gmail.com

Asociación de Diabéticos de Villena y Comarca

Sancho Medina, 38. 03400. Villena
TEL. 965826456
E-mail: adivic-diabeticos@hotmail.com

Asociación Diabéticos de Torrevieja

Calderón de la Barca, 9, 5ºDcha. 03300. Orihuela
TEL: 965 30 12 72
E-mail: diabeticos12torrevieja@hotmail.com

Asociación. de Diabéticos de Elda y Comarca

Plaza de la Hispanidad, s/n. 03600. Elda
TEL: 622 23 41 07
E-mail: adec.elda@gmail.com

Asociación de Diabéticos de Muro de Alcoy y Comarca

Dr. Fleming, 10. 03830. Muro de Alcoy
TEL: 965 53 14 87
E-mail: murodiabeticos@gmail.com

Asociación de diabéticos de Castellón

C/ Carcagente, 17 entlo. 12005. Castellón
TEL. 964228126
E-mail: adicas@terra.es

Asociaciones no adscritas a FEDICOVA:

Asociación de Diabetes de Gandía y la Safor.

Paseo Germanias, 98, entresuelo. 46702, Gandía
E-mail: presidencia@diabetesgandia.es

Asociación Diabéticos Burjassot

Centro Social Isaac Peral. Isaac Peral 67. 46100 Burjassot.
TEL: 607275142
E-mail: asociaciondiabeticosburjassot@hotmail.com

Asociación Valenciana de Diabetes

Avda. del Oeste 48, 8ºG. 46001 Valencia
TEL: 963481588 - 678758925
Email: info@avdiabetes.org

Anexo 2. Legislación autonómica

DOGV 2510, de 18.05.1995

Conselleria de Sanidad y Consumo

DECRETO 74/1995, de 2 de mayo, del Gobierno Valenciano, por el que se crea el Plan para la Asistencia Integral al Paciente Diabético en la Comunidad Valenciana.

DOGV 2925, de 07.02.1997

Conselleria de Sanidad y Consumo

RESOLUCIÓN de 10 de diciembre de 1996, del secretario general de la Conselleria de Sanidad y Consumo, por la que se autoriza la creación de la Unidad de Referencia para la Asistencia al Paciente Diabético del Hospital General Universitario de Alicante

DOGV 2943, de 03.03.1997

Conselleria de Sanidad

RESOLUCIÓN de 19 de diciembre de 1996, del secretario general de la Conselleria de Sanidad y Consumo, por la que se autoriza la creación de la Unidad de Referencia para la Asistencia al Paciente Diabético del Hospital Doctor Peset, sito en la avenida de Gaspar Aguilar, 90, de Valencia.

DOGV 2944, de 04.03.1997

Conselleria de Sanidad

RESOLUCIÓN de 19 de diciembre de 1996, del secretario general de la Conselleria de Sanidad y Consumo, por la que se autoriza la creación de la Unidad de Referencia para la Asistencia al Paciente Diabético del Hospital Clínico Universitario, sito en la avenida de Blasco Ibáñez, 17, de Valencia.

DOGV 2944, de 04.03.1997

Conselleria de Sanidad

RESOLUCIÓN de 19 de diciembre de 1996, del secretario general de la Conselleria de Sanidad y Consumo, por la que se autoriza la creación de la Unidad de Referencia para la Asistencia al Paciente Diabético del hospital La Fe, sito en la avenida de Campanar, 21, de Valencia.

DOGV 7865, de 05/09/16

Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte

Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública

RESOLUCIÓN de 1 de septiembre de 2016, de la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte, y de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, por la cual se dictan instrucciones y orientaciones de atención sanitaria específica en centros educativos para regular la atención sanitaria al alumnado con problemas de salud crónica en horario escolar, la atención a la urgencia previsible y no previsible, así como la administración de medicamentos y la existencia de botiquines en centros escolares.

Anexo3. Acrónimos y abreviaturas

AEC-CV: Asociación de Enfermería Comunitaria - Comunidad Valenciana.

AVED: Asociación Valenciana de Educadores en Diabetes.

DM: Diabetes mellitus

DM-1: Diabetes mellitus tipo 1.

DM-2: Diabetes mellitus tipo 2.

FAGA: Federación Autonómica de Asociaciones Gitanas de la Comunidad Valenciana

FEDICOVA: Federación de Diabéticos de la Comunidad Valenciana.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONG: Organización no gubernamental.

PAI: Proceso asistencial integrado.

SEEP-CV: Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica - Comunidad Valenciana.

SEMERGEN-CV: Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria - Comunidad Valenciana.

SEMES: Sociedad Española de Medicina de Urgencias -Comunidad Valenciana

SEMG-CV: Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia - Comunidad Valenciana.

SOGCV: Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Comunidad Valenciana.

SVEDYN: Sociedad Valenciana de Endocrinología, Diabetes y Nutrición.

SVMFYC: Sociedad Valenciana de Medicina de Familia y Comunitaria.

TICs: Tecnologías de la información y la comunicación.

UBA: Unidad básica asistencial.

UFID: Unidad funcional integrada de diabetes.

